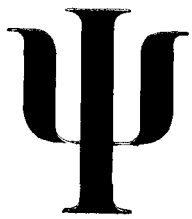
ACADEMIA
DE ȘTIINȚE
SOCIALE
ȘI POLITICE
A REPUBLICII
SOCIALISTE
ROMÂNIA

Psihologie clinică

EDITURA ACADEMIEI REPUBLICII SOCIALISTE ROMÂNIA



LUCRĂRI APĂRUTE ÎN EDITURA ACADEMIEI

* * * **Psihologia socială în România.** Coordonator Ana Tucicov-Bogdan, 1984.

DUMITRU CRISTEA,

Structurile psihosociale ale grupului și eficiența acțiunii, 1984.

GH. IOSIF, ELENA POPESCU, Z. WEINTRAUB,

Psihologia inginerească și activitatea de proiectare și exploatare a sistemelor complexe, 1983.

* * * **Psihologia educației și dezvoltării.** Coordonator : Ion Radu (**Sinteze de psihologie contemporană**), 1983.

* * * **Psihologia muncii industriale.** Coordonatori : Gh. Iosif, C. Botez (**Sinteze de psihologie contemporană**), 1981.

* * * **Probleme fundamentale ale psihologiei.** Coordonator : Beniamin Zörgö (**Sinteze de psihologie contemporană**), 1980.

AL. ROȘCA,

Creativitatea generală și specifică, 1981.

MIHAELA ROCO,

Creativitatea individuală și de grup (Studii experimentale), 1979.

MARIA MAMALI,

Rolul factorilor de personalitate în eficiența muncii în industria electronică, 1977.

ISTORIA ȘTIINȚELOR ÎN ROMÂNIA, Psihologie, 1976.

ACADEMIA DE ŞTIINŢE SOCIALE ŞI POLITICE
A REPUBLICII SOCIALISTE ROMÂNIA

Sinteze de psihologie contemporană

4 volume

Coordonare generală:

Mihai Beniuc, Anatolie Chircev,
Vasile Pavelcu, Alexandru Roşca

Secretariat ştiinţific:

Ion Mânzat, Adrian Neculau,
Horia Pitariu, Mielu Zlate

EDITURA ACADEMIEI REPUBLICII SOCIALISTE ROMÂNIA
BUCUREŞTI

ACADEMIA DE ŞTIINŢE SOCIALE ŞI POLITICE
A REPUBLICII SOCIALISTE ROMÂNIA

Psihologie clinică

ANDRIEŞ C. LUCIAN
Nr 2564
Biblioteca Personală

Colectiv de redacţie:

G. Ionescu (coordonator), M. Bejat, V. Pavelcu

Autori:

C. Bălăceanu, H. Bejat, M. Bejat, Elisabeta Chirtoc, Paula Constantinescu, Tamara Dobrin, L. Gavriliu, Aurelia Ionescu, G. Ionescu, E. Papadima, V. Pavelcu, T. Rudică, I. Voinescu

EDITURA ACADEMIEI REPUBLICII SOCIALISTE ROMÂNIA
BUCUREŞTI, 1985

Синтезы современной психологии
Клиническая психология

Syntheses of contemporary psychology
Clinical psychology

EDITURA ACADEMIEI REPUBLICII SOCIALISTE ROMÂNIA
R – 79717 BUCUREŞTI, CALEA VICTORIEI 125

CUPRINS

Prefață 11

CAPITOLUL I. **Obiectul și sarcinile psihologiei clinice** *(G. Ionescu)* 15

1. Izvoare etimologice și accepțiuni ale psihologiei clinice . . . 15
2. Psihologia clinică : noțiune controversată ce cuprinde o realitate general-acceptată 17
3. Noțiunile de psihologie „clinică" și psihologie „medicală" între rigoarea semantică și utilizarea operațională 18
4. Precizări asupra sferei și conținutului psihologiei clinice . . . 21
5. Asupra istoriei și orientărilor psihologiei clinice 22
6. Conexiuni și convergențe între psihologia clinică și psihiatrie . 26
7. Interferențe și relații între psihologia clinică și psihopatologie . 30
8. Relațiile psihologiei clinice cu psihologia socială 32
9. Probleme ale psihologiei clinice din perspective psihopedagogice. 34
10. Educația etică și psihologia clinică 37

Bibliografie 39

CAPITOLUL II. **Condiția psihologică în medicina clinică** *(G. Ionescu)* 41

1. Caracterul tradițional al relațiilor dintre psihologie și medicina clinică ilustrat prin unitatea somatopsihică 41
2. Contribuția personologiei la implicarea clinică a psihologiei . . 44
3. Relații interprofesionale în principalele domenii psihomedicale 46
4. Statutul psihologului în clinică și în echipa terapeutică 49
5. Problematica specifică a psihologului în clinică 50
6. Psihologul ca psihometrician 51
7. Psihologul ca diagnostician 55
8. Psihologul ca psihoterapeut 56
9. Psihologul ca cercetător 58
10. Direcțiile dezvoltării psihologiei clinice în unele țări din Europa și America 59

Bibliografie 67

CAPITOLUL III. **Psihologia clinică și persoana umană** *(V. Pavelcu, L. Gavriliu)* . . 69

1. Izvorul clinico-medical al teoriilor personalității 70
2. Analiza cazurilor psihiatrice ca mijloc de descriere a tipurilor de personalitate 74
3. Elemente și criterii în edificarea teoriilor personalității și a tipologiilor 78
4. Persoana umană sub unghiul destructurării și dezorganizării psihice 81

Bibliografie 82

CAPITOLUL IV. **Psihologia familiei. Normalitate și psihopatologie familială** *(Aurelia Ionescu)* 84

1. Familia ca domeniu de investigație clinică 84

2. Familia ca sistem. Contribuţia teoriei generale a sistemelor la edificarea psihologiei familiei 87
3. Homeostazia familială — parametru al normalităţii şi sanogenezei familiale 90
4. Interacţiunea ins-familie din perspectivă sistemică 91
5. Familia ca microgrup 92
6. Relaţiile de rol în familie — parametru al normalităţii familiale 95
7. Relaţiile parentale şi psihopatologia familială 96

Bibliografie 99

CAPITOLUL V. **Metode de investigaţie în psihologia clinică** *(H. Bejat, M. Bejat)* . . 100

1. Obiective şi strategii ale psihodiagnosticului clinic 100
2. Metode de investigaţie a funcţiilor şi aptitudinilor psihice . . 102
3. Metode de investigaţie a personalităţii 104
4. Probleme ale psihodiagnosticului în funcţie de domeniul clinic de aplicare 112

Bibliografie 114

CAPITOLUL VI. **Conţinutul psihologic al diagnosticului clinic** *(G. Ionescu)* 117

1. Epistemologia clinică şi validitatea diagnostică 117
2. Diagnosticul medical şi supoziţia etiologică 118
3. Diagnosticul medical şi paradigmele patogenetice 119
4. Diagnosticul medical şi consensul sociocultural 120
5. Caracterul epistemic al examinării şi axioma diagnosticării . . 121
6. O premisă a diagnosticării : aptitudinea ascultării 123
7. Urgenţa elucidării diagnostice şi dirijarea relaţiei anamnestice 124
8. Modelarea şi standardizarea relaţionării în scopul diagnosticării 127
9. Un deziderat al diagnosticării clinice : oportunitatea intervenţiei terapeutice 130
10. Axiologie diagnostică, realitate clinică şi exigenţă etică . . . 132
11. Diagnosticul ca proces de personalizare a bolii şi de anulare a personalităţii bolnavului 134
12. Diagnosticul pluridimensional — încercare de cuprindere a patologiei omului total 136

Bibliografie 137

CAPITOLUL VII. **Rolul psihologului în expertiza capacităţii de muncă** *(Elisabeta Chirloc)* 139

1. Stabilirea gradului de incapacitate funcţională şi invaliditate psihică 139
2. Stări şi procese psihice cu potenţial invalidant 141
3. Măsuri şi posibilităţi de recuperare a bolnavilor cu remisiune incompletă sau cu defect psihic 146

Bibliografie 148

CAPITOLUL VIII. **Timp şi boală. Problematica timpului din perspectivă psihomedicală** *(G. Ionescu)* 149

1. Unitatea dialectică a timpului şi spaţiului : argumente din psihopatologie 149
2. Unitatea dialectică biocronometrică 150
3. Dezvoltarea noţiunii de timp şi conştiinţa timpului 152

4. Biocronometrie şi heterocronie 155
5. Biocronometrie şi hipnologie 159
6. Timpul evenimentelor şi conştiinţa subiectivă a duratelor . . . 162
7. Biocronometrie şi nosografie 164
8. Dismnezie şi cronopatologie 166
9. Aspecte cronopatologice în principalele boli psihice 167

Bibliografie 173

CAPITOLUL IX. **Psihologie clinică diferenţială** 175

A. **Exogenie şi endogenie în psihopatologia clinică** *(T. Rudică)* . . 175

1. Importanţa factorilor psihostressanţi şi frustranţi în etiologia şi patogenia tulburărilor psihice 175
2. Etiologia plurifactorială în patologia mintală 176
3. Intercondiţionarea fenomenelor de frustraţie, conflict şi stress în patogenie 177

Bibliografie 179

B. **Psihologia bolnavului cu tulburări senzorio-motorii de origine centrală** *(I. Voinescu)* 180

1. Agnoziile sub unghi neuropsihologic 180
2. Apraxiile sub unghi neuropsihologic 182
3. Afaziile sub unghi neuropsihologic 183

Bibliografie 188

C. **Deficienţele mintale sub unghiul psihologiei clinice şi al nosografiei psihiatrice** *(G. Ionescu)* 188

1. Evoluţia concepţiilor asupra deficienţelor mintale 188
2. Evoluţia sinonimiilor şi accepţiunilor noţionale asupra deficienţelor mintale 190
3. Dificultăţi ale diagnosticării şi estimării morbidităţii deficienţelor mintale 192
4. Deficienţele mintale şi datele psihologiei genetice 194
5. Patogenia deficienţelor mintale sub unghiul psihologiei genetice 195
6. Posibilităţile evaluării psihometrice şi deficienţele psihice . . 197
7. Manifestări psihopatologice şi tulburări comportamentale în relaţie cu gradul deficienţei mintale 198
8. Insuficienţa cognitivă concomitentă şi consecutivă deficienţelor senzorio-neuro-motorii 205
9. Deficienţele mintale în relaţie cu bolile psihice şi manifestările comportamentale 206
10. Deficienţa mintală şi delincvenţa 211

Bibliografie 212

D. **Involuţia senilă sub unghiul psihologiei clinice** *(C. Bălăceanu)* . 214

1. Principii generale de metodologie clinico-psihologică 215
2. Mecanisme genetice ale involuţiei psihice 217
3. Procesele organice ale involuţiei psihice 217
4. Procesele operaţionale ale involuţiei psihice 219
5. Procesele patologice ale involuţiei psihice 221
6. Aspecte psihoterapeutice în tulburările psihice ale senescenţei 222

Bibliografie 223

CAPITOLUL X. **Psihologie şi suicidologie** *(G. Ionescu)* 224

1. Problematica generală actuală a fenomenului suicidar . . . 224
2. Semnificaţia şi natura fenomenului suicidar 225

3. Asupra incidenţei şi prevalenţei fenomenului suicidar . . . 227
4. Supoziţii etiologice asupra suicidului 229
5. Aserţiuni patogenetice asupra manifestărilor autolitice . . . 236
6. Caracteristici ale suicidului în funcţie de vîrstă 237
7. Asupra evoluţiei mijloacelor de realizare a suicidului 238
8. Problematica psihologică a fenomenului homicidar 239
9. Atitudinea socio-culturală faţă de acţiunea suicidară 242
10. Aspecte ale responsabilităţii profesionale şi juridice în faţa actelor autolitice 245
11. Măsuri profilactice şi programe terapeutice în manifestările autolitice 246

Bibliografie 249

CAPITOLUL XI. **Psihologia actului terapeutic** *(G. Ionescu)* 251

1. Problematica psihologică şi evoluţia fenomenului placebo în medicina clinică 251
2. Valoarea terapeutică a efectului placebo 255
3. Factori psihologici ai fenomenului placebo 258
4. Asupra mecanismelor patogenetice ale fenomenului placebo . . 262
5. Factori nespecifici ai agenţilor psihofarmacologici 263
6. Problematica relaţiei terapeutice în condiţiile psihofarmacologiei clinice 265
7. Asupra compulsiei prescripţiei psihofarmacologice şi imperativul cunoaşterii clinice 266
8. Relaţia terapeutică şi problematica transferenţială 267

Bibliografie 270

CAPITOLUL XII. **Metode psihoterapeutice din domeniul psihopatologiei clinice** . . . 271

A. **Psihoterapia psihanalitică** *(E. Papadima)* 271

1. Principii teoretice de bază 271
2. Metoda terapeutică 273
3. Indicaţiile terapeutice ale psihanalizei 276

Bibliografie 277

B. **Psihoterapia de familie** *(Aurelia Ionescu)* 277

1. Psihoterapia de familie în contextul psihoterapiilor tradiţionale 277
2. Abordarea bolii psihice din perspectiva psihoterapiei de familie 278
3. Aplicaţii ale psihoterapiei de familie în clinică 281
4. Combinarea psihoterapiei de familie cu psihofarmacologia . . 285

Bibliografie 287

C. **Consilierea psihologică** *(M. Bejat)* 288

1. Evoluţia şi diferenţierea conceptului de consiliere psihologică . 288
2. Consilierea psihologică în contextul psihoterapiilor (asemănări şi deosebiri; indicaţii terapeutice) 292

Bibliografie 296

CAPITOLUL XIII. **Socioterapiile şi ergoterapia** *(Tamara Dobrin, Paula Constantinescu)* 297

1. Socioterapiile în sistemul acţiunilor terapeutice 297
2. Metodologia socioterapiilor 299
3. Obiectivele şi scopurile socioterapiilor; forme de realizare . . . 300

4. Socioterapia familială 301
5. Unitatea socioterapie-ergoterapie 303
6. Cerințe și principii ale demersului ergoterapeutic 305

Bibliografie 307

CAPITOLUL XIV. **Psihoterapia în condițiile psihofarmacologiei** *(G. Ionescu)* 308

1. Originile opoziției între psihofarmacologie și psihoterapie . . 309
2. Investiție narcisică și realitate farmacodinamică 310
3. Știința psihofarmacologică și psihoterapia psihanalitică . . . 311
4. Psihofarmacologia și psihoterapia de grup 315
5. Psihofarmacologia și metodele psihoterapeutice moderne . . . 316
6. Extinderea indicațiilor psihoterapiei prin intermediul psihofarmacologiei 317
7. Tendința actuală generală a terapiei psihiatrice: asocierea mijloacelor psihofarmacologice și psihoterapeutice 318
8. Asupra unor modalități concrete de asociere a psihofarmacologiei cu psihoterapia 319
9. Relația psihofarmacologie-psihoterapie în principalele boli psihice 322
10. Influența psihofarmacologiei și psihoterapiei asupra patomorfozei psihozelor 326
11. Necesitatea prescripției psihofarmacologice și responsabilitatea orientării exclusiv psihoterapeutice 328
12. Tratamentul psihofarmacologic și contextul socioterapeutic . . 329
13. Convergențe farmaco-psiho-socioterapeutice. 331

Bibliografie 333

CAPITOLUL XV. **Psihoigiena și psihoprofilaxia** *(M. Bejat)* 335

1. Psihoigiena și psihoprofilaxia — delimitări semantice 335
2. Psihoigiena și psihoprofilaxia în perioadele critice ale vieții (copilărie, pubertate, adolescență, presenescența și senescența) 336
3. Psihoigiena și psihoprofilaxia dificultăților adaptative în alte situații existențiale 343

Bibliografie 346

ANDRIEȘ C. LUCIAN
Nr 2564
Biblioteca Personală

PREFAȚĂ

Relațiile psihologiei cu medicina, a căror sorginte poate fi regăsită în primele acte medicale, cunosc actualmente o reevaluare clinică impusă de excesiva orientare tehnică manifestată în investigație și terapeutică. A devenit astfel evidentă nevoia de umanizare a relațiilor cu pacientul, de personalizare a actului medical și de revalorizare a examenului clinic în special.

Bazîndu-se pe o viziune integrativă, psihologia clinică pune în centrul preocupărilor sale omul aflat sub incidența bolii, abordîndu-l într-o perspectivă dinamică și comprehensivă, în istoria dezvoltării lui psihoindividuale și sociale, din care desprinde semnificații esențiale, care-i permit orientarea realistă asupra stării prezente și perspectivelor sale.

În orientarea sa aplicativă, lucrarea a căutat să răspundă scopului propus, acela de cunoaștere aprofundată a pacientului din perspectiva bolii sale, a fenomenalului, în tendința continuă de evidențiere a umanului, considerat aici drept corolar al esențialului.

Păstrînd ca aspect fundamental elementul relațional, interpersonal, psihologia clinică depășește faptul observației directe și individuale, propriu-zis clinice, recurgînd la observații mediate, indirecte, obținute prin tehnici, teste și metode de laborator, care conferă conținut explorării psihologiei paraclinice. Prin aceasta, psihologia clinică păstrează ample relații cu psihologia experimentală, psihofiziologia și psihometria. Totodată, prin direcționarea sa esențialmente clinică, ea prezintă ample deschideri asupra fiecărui domeniu medical, a cărui problematică psihologică specifică o abordează în mod primordial.

Din această perspectivă lucrarea aduce precizări necesare chiar în privința sferei și conținutului domeniului, întrucît, deși a depășit un secol de evoluție, dezvoltare și afirmare, ca domeniu aplicativ de cunoaștere și cercetare, psihologia clinică își continuă procesul de cristalizare și delimitare.

Totodată, pentru anumite domenii ale medicinii și în primul rînd al etiopatogeniei și terapiei, psihologia clinică prezintă noi valențe, susceptibile de-a fi valorificate în cadrul unor probleme epistemologice medicale încă neelucidate. Astfel, cu toate remarcabilele progrese înregistrate în cunoașterea cauzelor bolilor, rolul implicațiilor psihologice în complexele plurifactoriale etiologice este tot mai intens invocat. Sub acest unghi se menționează că nu numai în aria vastă a bolilor psihosomatice, dar și în privința iatrogeniilor și conversiilor, elementul psihogen este tot mai elocvent subliniat și mai științific analizat.

În timp ce contribuția psihologiei clinice la descifrarea problemelor etiopatogenice se înscrie în aria preocupărilor sale științifice, rolul său în asistența medicală propriu-zisă se află în prim-planul acțiunilor sale practice. Acestea devin cu atît mai necesare în situațiile în care, prin natura și gravitatea sa, boala se instituie ca un moment de interogație, ca o perioadă de anxioasă expectație, căreia psihologia clinică îi poate răspunde prin

disponibilităţi psihoterapeutice care-i revin prin conţinutul demersurilor sale şi prin vocaţie.

Această contribuţie a psihologiei clinice este cu atît mai necesară cu cît în situaţia de boală, particulară şi în fapt singulară pentru pacient, el pătrunde într-o lume a semnelor de întrebare determinată printr-un proces de autoanaliză. Trăit pe fundalul nesiguranţei, al necunoaşterii şi uneori al ignoranţei, acest proces este susceptibil să determine apariţia de noi simptome care se pot constitui într-o a doua boală, de fapt o stare morbidă secundară, expresie a trăirii suferinţei şi reacţiei insului la afecţiunea propriu-zisă, considerată ca boală primară. De cele mai multe ori însă, este vorba de o potenţare a simptomatologiei acesteia prin coeficientul de psihogenie, determinat de conştiinţa bolii ca atare. Diferit de la un ins la altul, în funcţie de natura, gravitatea sau momentul evolutiv al bolii, dar mai ales de structura personalităţii pacientului, această potenţare psihogenetică se înscrie, de asemenea, în aria acţiunilor de psihologie clinică.

În faza actuală a evoluţiei ştiinţelor medicale şi antropologice, a dezvoltării gîndirii şi concepţiilor filozofice, cînd există un consens privind unitatea somatopsihică, fenomenele şi stările psihologice care însoţesc afecţiunile somatice sînt nu numai recunoscute, ci şi investigate şi estimate în fiecare boală şi în fiecare situaţie clinică particulară. De fapt, implicaţiile psihologiei asupra medicinii clinice, întotdeauna apreciate ca neîndoielnice, au devenit actualmente axiomatice, fiind supuse studiului prin numeroase programe ştiinţifice, în fiecare domeniu al bolilor somatice.

Întrucît orice boală, indiferent de natura sau gravitatea sa, constituie o experienţă negativă particulară, de cele mai multe ori unică şi dramatică, angajarea psihică a pacientului este profundă şi autentică. Dacă reacţia psihologică a pacientului este constantă în orice afecţiune somatică, orientarea medicului asupra stării psihice a pacientului trebuie să comporte o valoare axiomatică. Deşi preocupat de boală, el nu rămîne la nivelul fenomenal al acesteia, ci abordează în mod primordial omul aflat sub incidenţa suferinţei, cu emoţiile, anxietăţile, frustraţiile, cu trăirile şi reacţiile pe care boala le dezvoltă. Totodată, cunoaşterea autentică a persoanei care prezintă acest proces, a structurii psihismului său, susceptibil de a condiţiona şi influenţa toate componentele bolii, de la cele etiopatogenice la cele clinico-terapeutice şi evolutiv-prognostice, se înscrie în dezideratul cunoaşterii integrale, comprehensive, totale.

Prin eficacitatea contribuţiei sale, psihologul clinician s-a dovedit un colaborator necesar nu numai în domenii medicale devenite tradiţionale, ci şi în altele noi, cum este psihofarmacologia, unde testarea acţiunii substanţelor psihotrope a devenit o activitate cvasispecifică a psihologiei clinice.

O particularitate a relaţiilor profesionale din domeniile psihomedicale constă în faptul că spre deosebire de relaţiile medicului cu alţi specialişti angajaţi în munca de investigaţie, relaţii mediate prin aparate ori prin produsele biologice recoltate, colaborarea cu psihologul implică relaţii directe, determinate de specificul abordărilor şi activităţilor sale care sînt nemijlocite şi interpersonale.

Complexitatea domeniului în care îşi desfăşoară activitatea, bogăţia şi noutatea mijloacelor investigatorii, precum şi caracterul inedit al fiecărui caz examinat conferă psihologului clinician o activitate privilegiată în cercetare, domeniu în care şi-a asigurat o veritabilă consacrare. Aceasta se datoreşte faptului că spre deosebire de alţi specialişti, psihologul nu

face propriu-zis un examen și nici nu întreprinde o investigație, ci desfășoară o explorare, ceea ce îi asigură un statut particular în cercetare.

Contribuția psihologului clinician în domeniul cercetării medicale este regăsită în toate ariile activității sale, de la cîmpul vast al cauzelor tulburării psihice și somatice, de la analiza factorilor genetici, eredo-familiali și psihosociali, la studiul incidenței și prevalenței diverselor entități nozografice, al reacțiilor insului la boală, al terapiei ca proces și al evaluării rezultatelor terapiei, pînă la elaborarea examenelor psihometrice și validarea instrumentelor investigației sale specifice.

În afara contribuției sale la aprofundarea cunoașterii simptomatologiei bolii și a conduitei insului în boală, psihologia clinică este implicată în susținerea terapeutică și de sanogeneză generală. Întrucît orice act terapeutic se desfășoară pe un fundal psihologic, care-i conferă și condiționează valențele sanogenetice, este neîndoielnic faptul că intervențiile terapeutice, indiferent de natura lor, găsesc resurse de valorificare în domeniul psihologiei clinice. De fapt, orice acțiune farmacodinamică și în general activitatea farmacocinetică poate fi potențată sau diminuată de factori subiectivi, evidențiați de psihologia clinică.

Pe lîngă aceste aspecte psihologice, care acreditează eficacitatea diferitelor acțiuni terapeutice, psihologia clinică și-a dezvoltat mijloace de tratament specifice, a căror expresie o constituie metodele și procedeele psihoterapeutice. Printr-o judicioasă selecție și aplicare practică, aceste metode de tratament psihologic pot completa și potența efectul actului terapeutic specific, în orice domeniu clinic, de la psihiatrie la chirurgie, de la dermatologie la stomatologie.

Activitatea psihologilor clinicieni nu se desfășoară numai în aria investigației, asistenței sau a psihoterapiei, ci și prin participarea lor la instanțe decizionale în cadrul comisiilor de evaluare a capacităților profesionale sau al comisiilor medico-legale. Toate acestea au făcut ca psihologia clinică să fie apreciată de către cei mai acreditați clinicieni contemporani ca o „știință fundamentală în medicină" sau ca „o știință de bază în medicină". Totodată, mai mult de jumătate din numărul psihologilor practicieni își desfășoară activitatea în domeniul medical, psihologia clinică reprezentînd cea mai mare specialitate dintre ramurile psihologiei aplicate.

Într-o privire generală asupra situației, direcțiilor și perspectivelor psihologiei clinice se poate constata că interesul pentru cunoașterea și asistența psihologică a bolnavului este intens invocat și general manifestat. Totodată, preocuparea medicilor pentru psihologie este dublată de o gîndire psihologică izvorîtă din practică și continuu stimulată de activitatea clinică.

Totodată, prin problematica sa generală psihologia clinică realizează o reevaluare a eticii practicii medicale și o mai mare deschidere asupra relațiilor profesionale. Sub acest aspect, al normelor morale medicale, psihologia clinică analizează în primul rînd relațiile interpersonale dintre medic și bolnav, care însoțesc acești protagoniști ai actului medical de la inițierea relației anamnestice pînă la încheierea acțiunii terapeutice. Fundamentată, stimulată și modelată de sistemul social, psihologia medicală contribuie la crearea unui mediu moral cu un înalt conținut umanitar, în care normele etice să devină inerente valorilor profesionale, fiind tot atît de importante în cadrul activității clinice ca și cunoștințele științifice și deprinderile tehnice.

Capitolul I

OBIECTUL ŞI SARCINILE PSIHOLOGIEI CLINICE

Marile schimbări sociale, ca şi remarcabilele progrese medicale ale epocii noastre, au ipostaziat în medicină raporturi noi, particulare, concretizate prin trei axe directoare : bolnav-boală, bolnav-medicină, bolnav-societate.

În analiza acestui complex relaţional, bolnavul apare ca element esenţial ce trebuie înţeles atît prin prisma suferinţei şi stării sale, cît şi a situaţiei lui deosebite, uneori excepţionale; de aici decurge variabilitatea infinită a comportamentului său în situaţia de boală şi a aspectelor sale atitudinale.

Fără a cunoaşte progresele medicale ca atare, dar conştient de existenţa lor, bolnavul are noi şi înalte *expectaţii faţă de medicină*, faţă de instituţia medicală, ca atare, şi faţă de medic, de la care aşteaptă vindecare; el consideră intervenţia medicală ca un fapt firesc, iar boala ca pe un rău ce trebuie şi poate fi înlăturat. Evoluţia favorabilă a bolii a devenit pentru bolnav un fapt scontat, iar procesul de vindecare, fiind înţeles ca o etapă firească în evoluţia afecţiunii, nu mai păstrează legătura, univocă în trecut, cu ideea de salvare. Agravarea, ca şi cronicizarea, sînt apreciate ca eventualităţi rare, improbabile, care nu sînt corelate cu natura sau severitatea afecţiunii, ci cu competenţe profesionale şi orientări terapeutice inadecvate sau neinspirate. În plus, asistenţa medicală actuală este marcată de o expectaţie disproporţionată a pacientului şi a familiei sale faţă de posibilităţile terapeutice, în sensul că, în virtutea progreselor efective înregistrate în acest domeniu, s-au investit speranţe exagerate care, în mod real, nu pot fi îndeplinite.

Neconcordanţa expectaţiilor pacienţilor faţă de nivelul posibilităţilor terapeutice actuale a determinat o criză a medicinii pe care aceasta caută să o rezolve prin reanalizarea orientărilor şi revalorizarea resurselor sanogenetice. Pe acest fundal, reconsiderarea relaţiilor medicinii cu psihologia apare nu numai ca necesară, ci şi salutară, sinuoasa lor raportare regăsindu-se actualmente pe un teren fertil de implicare.

1. Izvoare etimologice şi accepţiuni ale psihologiei clinice

Situată la confluenţa psihologiei cu medicina, psihologia clinică îşi află sorgintea în domeniul filozofiei, psihopedagogiei şi sociologiei; totuşi, prin acest atribut adjectival, de *clinică*, se doreşte sublinierea caracterului său medical, avînd ca element de continuă referinţă omul bolnav sau aflat în stare de suferinţă. Într-adevăr, spre deosebire de *psihologia medicală*, care cuprinde o problematică mai amplă şi o arie mai extinsă de preocupări, *psihologia clinică* are în vedere mai ales starea şi situaţia pacientului asupra căruia intervine nemijlocit, ilustrîndu-şi astfel caracterul său pregnant aplicativ.

Subliniem însă faptul că atributul de „clinică" nu mai păstrează decît o slabă și poate aparentă legătură cu sensul său etimologic (gr. *klinikos* sau lat. *clinicus*, bolnav la pat) întîlnit inițial la Plinius cel Bătrîn, care-l utiliza spre a desemna îngrijirile acordate bolnavului imobilizat.

Menționăm, totodată, faptul că în epoca Renașterii, alături de această accepțiune, noțiunea de „clinic" era folosită în sens pedagogic, instructiv, spre a ilustra *învățămîntul aplicativ desfășurat* în spital, *lîngă patul bolnavului*. Această metodă adoptată în formarea medicală a fost urmată cu tot mai multă vigoare pînă în zilele noastre, cînd întreg învățămîntul clinic medical se desfășoară în spital, fiind ilustrat prin observația, analiza și discuția cazurilor clinice.

Pe lîngă evoluția sa semantică din domeniul medical, noțiunii de clinică îi putem descifra și o *sorginte filozofică*. Astfel, constatăm că John Locke folosea noțiunea de „clinică" în argumentarea sistemului său filozofic și o considera definitorie în exprimarea „experienței sensibile". Pornind de aici, orientarea clinică ce a determinat revoluționarea cunoașterii în medicina secolului al 17-lea a avut la bază *metoda empirică* al cărei deziderat era *observația directă, imediată și nemijlocită*. În felul acesta, medicina clinică, prin orientarea sa pragmatică, s-a afirmat în antiteză cu teoria, considerată ca desprinsă de individual și concret și călăuzită de interpretarea scolastică.

Pe de altă parte, *metoda clinică*, în virtutea observației directe pe care o preconizează, se opune *metodei experimentale*, ce are la bază cunoașterea mijlocită, mediată.

Prin antiteza inițială față de teorie, ca și față de experiment, orientarea clinică s-a dovedit a fi deosebit de fecundă pentru cunoaștere, ea impunîndu-se atît în medicină, cît și în psihologie, subordonîndu-și actul mediat, investigator, tradus prin teste sau analize de laborator.

Medicina clinică s-a afirmat nu numai prin studiul direct, concret și imediat al cazurilor patologice, ci și prin *analiza* lor *individuală*, atît în situația prezentă, cît și în viziune longitudinală. Această accepțiune a noțiunii de clinică a fost preconizată de *Littré* (1873), pentru a defini medicina care vizează *studiul individual al bolnavilor*. Prin oportunitatea și utilitatea sa, noua metodă, de analiză individuală a cazurilor, a fost aplicată încă de la începutul secolului nostru și în domeniul psihologiei, atît în investigarea bolnavilor, cît și în afara ariilor patologiei, lărgirea sferei noțiunii de psihologie clinică vizînd astfel tendința de „a conota extensiunea spiritului clinic și a metodei clinice asupra cazurilor individuale care nu sînt neapărat medicale" (D. Lagache, 1961, p. 1).

Pe de altă parte, constatăm că persistă o anumită confuzie între noțiunea de *psihologie clinică* (cultivată în studiile anglo-saxone) și aceea de *metodă clinică* (ce vizează explorarea psihologică directă și aprofundată a cazurilor individuale, normale și patologice), inițiată și promovată prin excelență de psihologia franceză. Dezvoltată ca o replică față de analiza teoretică, precum și față de cercetarea experimentală și de evaluarea statistică, metoda clinică nu are comun cu psihologia clinică (în afară de simpla omonimie) decît faptul că ambele folosesc analiza individuală a cazurilor, procedeu comun, dealtfel, întregii patologii. Faptul că metoda clinică vizează, în afara cazurilor patologice, și pe cele considerate normale nu asigură însă psihologiei clinice o sferă mai largă decît psihologiei medicale. Aceasta cu atît mai mult cu cît, conținutul unei noțiuni nu este tributar etimologiei sale, ci domeniului faptic pe care-l ilustrează; astfel, psiho-

logia clinică nu poate fi restrînsă la analiza psihologică directă a pacienților internați, aria sa fiind extinsă și asupra problematicii medicale din afara staționarelor și din spitale. În acest context subliniem distincția între *metoda clinică* și *psihologia clinică*, pentru a putea fi evitată confuzia determinată de sinonimia termenilor.

Metoda clinică vizează studiul individual al cazurilor normale și patologice sau abordarea care permite înțelegerea aprofundată și intrinsec-comparativă a individualului, în raport cu conjuctura socioprofesională și familială, cu experiența de viață, cu motivațiile și expectațiile bolnavului; metoda clinică este deci orientată spre studiul „singularului și simptomaticului, al diferențialului și comparativului" (P. Fedida, 1968, p. 911). În acest sens, metoda clinică este utilizată, nu numai în medicină unde a fost consacrată, ci și în psihologie, pedagogie ca și în domenii particulare de cunoaștere și investigare, ca acelea ale personologiei, psihanalizei, psihoterapiei, consilierii și orientării școlare și profesionale.

Desigur, în țările de limbă engleză conținutul noțiunii de psihologie clinică a fost extins, dincolo de ariile spitalului, asupra tuturor situațiilor patologice sau disfuncționale, susceptibile de-a fi investigate prin metoda clinică; în aceste țări, sfera noțiunii de psihologie clinică „este cea mai vastă", iar „domeniul clinic înglobează toate instituțiile și consultațiile care se ocupă, în scop terapeutic sau profilactic, de subiecți bolnavi, fragili sau inadaptați" (W. J. Schraml, 1973, p. 91).

Psihologia clinică este axată asupra „înțelegerii cazului particular al bolnavului, care-și trăiește boala cu temperamentul său propriu, cu trecutul și istoria sa individuală, toate acestea conducînd spre nuanțarea unui diagnostic și instituirea unui tratament" (J. Favez-Boutonier, 1961, p. 321). Remarcîndu-se prin cercetarea individualului și particularului, a unicității insului în boală, psihologia clinică are în vedere, în egală măsură, și situația sa reală, aria contextuală în care el se dezvoltă și care îl determină. Tocmai de aceea, în afara „scopului științific" de a participa la stabilirea unui diagnostic, psihologia clinică este orientată și asupra „scopului practic, de a consilia, de a vindeca, de a educa sau de a reeduca" (G. Chabalier, 1963, p. 496).

Psihologia clinică își înscrie deci printre dezideratele sale nu numai cunoașterea insului confruntat cu o boală, aflat într-o situație unică și particulară, ci și terapia necesară, într-o evaluare individuală, ca și orientarea lui ulterioară, în ceea ce privește reintegrarea socioprofesională. Considerată ca „ramură a psihologiei" și analizată din această perspectivă, psihologia clinică „reprezintă un corp de cunoștințe și abilități, orientat spre ajutorarea persoanelor cu probleme medicale și comportamentale, în scopul realizării unei adaptări personale mai satisfăcătoare, cu mai bune posibilități de autoexprimare" (D. Shakow, 1980, p. 2990).

2. Psihologia clinică: noțiune controversată ce cuprinde o realitate general-acceptată

Studierea raporturilor dintre psihologia medicală și psihologia clinică, dificilă și întrucîtva fastidioasă, nu a fost încă realizată, sinonimia în care cele două noțiuni sînt utilizate fiind în mod convențional acceptată.

O analiză a revistei studiilor din acest domeniu relevă faptul că numeroși autori (în special de limbă engleză) folosesc în mod constant noțiunea

de psihologie clinică, în timp ce alţii, în special de limbă franceză, rusă şi germană, preferă noţiunea de psihologie medicală. Clinicienii din această ultimă categorie, acceptînd şi dezvoltînd metoda clinică, au manifestat rezerve faţă de noţiunea de „psihologie clinică", întrucît „în mod funciar sincretică, această noţiune poate exprima (simultan, separat sau în mod contradictoriu) o atitudine metodologică, o filozofie, o aspiraţie mai mult sau mai puţin confuză, un efort mai mult sau mai puţin tenace spre unitatea psihologiei" (R. Zazzo, 1954, p. 314). În acelaşi timp, noţiunea de psihologie clinică „nu ar defini un nou domeniu de cunoaştere sau de practică ori o nouă disciplină de cercetare, cum lasă să se creadă unii autori" (P. B. Schneider, 1967, p. 3), astfel încît „putem aprecia că ar fi de preferat să căutăm un alt adjectiv în locul celui de *clinic* pentru a califica acest domeniu al psihologiei" (J. Favez-Boutonier, 1961, p. 321).

Manifestînd rezerve faţă de noţiunea de „psihologie clinică" şi optînd pentru menţinerea aceleia de „psihologie medicală", alţi autori argumentează că „ambiguitatea psihologiei clinice începe încă de la numele său", întrucît „adjectivul de *clinică* are pentru nespecialişti o conotaţie medicală" (J. Guillaumin, 1968, p. 936).

Pe de altă parte, „termenul de *clinică*, în psihologie, are un statut problematic nu numai în raport cu medicina, şi ci în interiorul psihologiei ţnsăşi; în plus, singura justificare medicală, mai ales psihiatrică, a aplicaiiilor clinice ale psihologiei, nu numai că nu este suficientă pentru a fonda conceptul în noua sa legitimitate, dar duce la interogarea medicinii psihiatrice asupra propriilor ei fundamente" (P. Fedida, 1968, p. 909).

Alţi autori restrîng sfera noţiunii de psihologie clinică întrucît, conform opiniei lor, „aceasta se interesează mai ales de structura personalităţii şi acordă atenţie mai mică celorlalte domenii" (J. Delay, P. Pichot, 1967, p. 33); pe de altă parte, ei reduc domeniul psihologiei clinice la acela al utilizării metodei clinice, subliniind că „psihologia clinică se defineşte prin folosirea metodei clinice" *(ibidem)*. Se constată de aici că păstrînd denumirea de „psihologie clinică" există riscul ca „obiectul psihologiei clinice să se transforme chiar în obiectul metodei clinice" (J. Favez-Boutonier, 1968, p. 450).

3. Noţiunile de psihologie „clinică" şi psihologie „medicală" între rigoarea semantică şi utilizarea operaţională

În virtutea considerentelor mai sus amintite, numeroşi clinicieni preferă noţiunea de *psihologie medicală*, devenită tradiţională şi în virtutea prestigiului ştiinţific al autorilor care au folosit-o, îmbogăţindu-i conţinutul. Într-adevăr, la consacrarea psihologiei „medicale" au contribuit psihologi şi mediei de renume mondial, ca : H. Lotze (1852), P. Janet (1926), E. Kretschmer (1956), A. Lamache (1960), D. Lagache (1961), J. Delay şi P. Pichot (1964), N. S. Lebedinski şi V. N. Miasiscev (1966), P. B. Schneider (1969), P. Sivadon (1973) şi alţii. Ei au adus contribuţii esenţiale domeniului şi au îmbogăţit conţinutul noţiunii de psihologie medicală care este astăzi la fel de răspîndită şi de larg acceptată ca şi noţiunea de psihologie clinică.

În terminologia curentă însă, cele două noţiuni sînt folosite prin analogie, ignorîndu-se particularităţile conţinutului lor, distincţia necesară dizolvîndu-se în sinonimie.

De cele mai multe ori se acordă noţiunii de *psihologie medicală* o accepţiune mai largă decît aceleia de *psihologie clinică*, înscriindu-se în sfera ei, în afara problematicii clinice concrete a persoanei bolnave, şi ansamblul datelor, observaţiilor şi regulilor desprinse din activitatea practică. Astfel, se consideră că „psihologia medicală studiază problemele teoretice şi practice ale medicinei legate de psihologie, ca şi problemele psihologice ale oamenilor bolnavi, care fac parte din sarcinile diagnosticului, tratamentului şi profilaxiei bolilor" (M. S. Lebedinski, V. N. Miasiscev, 1966, p. 5). Cele două aspecte, teoretic şi aplicativ, sînt prezente şi în alte definiţii ale psihologiei medicale, care „apare ca un ansamblu de cunoştinţe şi o practică centrată asupra omului bolnav, asupra reacţiilor sale la boală, ca şi asupra omului bolnav în relaţie psihologică cu medicul său" (P. B. Schneider, 1967, p. 2).

În alte accepţiuni ale noţiunii, se subliniază importanţa *psihologiei medicale* în instruirea şi formarea medicilor, situaţie în care ea „devine înainte de toate o *disciplină de învăţămînt* care oferă medicului informaţii şi cunoştinţe suficiente, pentru ca el să poată înţelege bolnavul ca persoană umană ce suferă de o boală şi ca să-l poată trata mai bine, după datele ştiinţifice obişnuite, dar ţinînd seama de această cunoaştere psihologică" (P. B. Schneider, 1969, p. 19).

Pe lîngă aspectul teoretic-formativ, în alte definiţii apare rolul analizei şi cercetării ştiinţifice, *psihologia medicală* fiind privită ca „domeniu al psihologiei aplicate, ataşat colaborării cu medicii în ceea ce priveşte diagnosticul, tratamentul, reabilitarea şi prevenirea, cît şi *cercetarea* unor domenii ca psihofarmacologia, psihosomatica şi reacţiile emoţionale la boală" (R. M. Goldenson, 1970, p. 763).

Cu toate acestea, noţiunea de psihologie medicală a fost considerată ca nesatisfăcătoare, chiar de către cei care o folosesc întrucît, fiind „vagă şi vastă ... nu desemnează o disciplină şi nu defineşte obiective, scopuri şi metode specifice" (D. Lagache, 1961, p. 1). Într-adevăr, la o analiză semantică se constată că nici caracterul său tradiţional şi nici ampla sa utilizare nu au putut înlătura ambiguitatea termenului de *psihologie medicală* care, „deşi foarte vechi, nu corespunde actualmente unui domeniu, al cărui conţinut şi limite să fie recunoscute într-o manieră univocă" (P. Pichot, 1969, p. 234). Această ambiguitate a noţiunii de psihologie medicală are consecinţe asupra definiţiei sale care „este tributară valorii acordate fiecăruia din cei doi termeni care o constituie şi importanţei relative care li se conferă" (P. Marchais, 1969, p. 248).

Sub alt unghi, trebuie remarcat faptul că psihologia medicală serveşte medicina pentru ca aceasta să-şi poată spori eficacitatea intervenţiilor sale; în virtutea acestui fapt, medicina constituie genul proxim, iar psihologia, diferenţa specifică, fapt ce impune discuţiei noţiunea de *medicină psihologică*. Aceasta ar reprezenta *medicina faptelor psihice* spre deosebire de accepţiunea propriu-zisă a *medicinii* ca domeniu al *faptelor somatice*. În acest caz însă, noţiunea de *medicină psihologică* ar tinde spre sinonimie cu noţiunea de *psihiatrie*, ca şi cu aceea de *psihopatologie*, care au însă un conţinut mult mai ferm statuat şi mai net delimitat.

În aceeaşi accepţiune în care folosim noţiunea de medicină psihologică, se înscrie, prin semantica sa, şi noţiunea de *psihologie a medicinii* (V. Săhleanu, A. Athanasiu, 1983, p. 10), care cuprinde problematica psihologică a persoanei bolnave, a actului medical, ca şi a medicului, cu rolul şi statutul său profesional.

Aceste două noțiuni, de *medicină psihologică* și de *psihologie a medicinii*, conduc, prin conținutul lor, la concluzia că domeniul pe care-l ilustrează ar constitui o ramură a medicinii, în timp ce *psihologia medicală* (ca dealtfel și psihologia clinică) este în mod explicit definită ca *ramură* aplicativă *a psihologiei*. Considerînd că psihologia medicală este „o parte a psihologiei, și nu o parte a medicinii" (Cl. Veil, 1969, p. 255), așa cum preconizau E. Kretschmer (1956), M. S. Lebedinski și V. N. Miasiscev (1966), menționăm că în aria ei se înscriu atît problematica psihologică a bolnavului, cît și atitudinea omului sănătos față de boală (din care decurge implicit psihologia medicului) și aceea „a instituțiilor și organismelor de îngrijire" *(ibidem)*.

Acceptînd ca incontestabil faptul că psihologia medicală este în esența ei o psihologie *clinică*, axată asupra relației medic-bolnav, putem încerca unele distincții ale celor două domenii, care, fără îndoială, păstrează ample arii comune. Astfel, fără a ceda sensului etimologic al *psihologiei clinice*, care-i restrînge nepermis sfera, și înlăturînd sinonimia dintre aceasta și metoda clinică (ce i-ar extinde sfera dincolo de ariile patologiei), considerăm că *psihologia medicală*:

— prezintă un domeniu mai vast decît *psihologia clinică*, prin cuprinderea problematicii psihologice adiacente bolnavului: psihologia mediului terapeutic, psihologia medicului și a personalului sanitar, psihologia relațiilor profesionale din instituții medicale, formarea terapeutică, formarea psihologică și formarea etică a personalului medical etc.; prin aceasta,

— fără a renunța la caracterul aplicativ, *psihologia medicală* prezintă mari posibilități de esențializare și teoretizare a datelor, faptelor și observațiilor izvorîte din analiza clinică directă, concretă și imediată; din acest punct de vedere, se poate considera că relațiile dintre *psihologia medicală* și *psihologia clinică* sînt asemănătoare acelora dintre *psihopatologie* și *psihiatrie*, în care prima, distanțată de faptul individual, generalizează datele concrete ale cazului particular, de care cea de-a doua se preocupă în mod esențial;

— păstrînd ca aspect fundamental elementul relațional, interpersonal, psihologia medicală depășește aria observației imediate, directe și individuale, propriu-zis clinice, recurgînd la observații mediate, indirecte, obținute prin tehnici, teste și metode de laborator, care conferă conținut explorării psihologice paraclinice; datorită acestui fapt,

— *psihologia medicală* păstrează ample relații cu alte ramuri ale psihologiei, ca psihologia experimentală, psihofiziologia, psihodiagnoza etc., ea însăși afirmîndu-se ca un domeniu aplicativ al psihologiei, spre deosebire de *psihologia clinică*, disciplină care, fiind mai ferm axată asupra pacientului, păstrează, prin aceasta, relații mai strînse cu psihosomatica, psihoterapia și cu orice domeniu clinic medical a cărui problematică psihologică o abordează în mod primordial.

Deși clare în formulare, aceste distincții nu pot fi considerate actualmente esențiale, domeniul psihologiei clinice fiind în cea mai mare parte comun cu acela al psihologiei medicale și numai cercetări ulterioare le vor contura sferele, le vor îmbogăți conținutul și vor aduce delimitări fundamentale. Precizăm, totodată, că opțiunea noastră pentru noțiunea de *psihologie clinică* nu este bazată pe supoziții metodologice, ea avînd ca unic scop sublinierea esențialului: cunoașterea aprofundată a pacientului din perspectiva amplă a fenomenalului.

4. Precizări asupra sferei și conținutului psihologiei clinice

Fără îndoială că delimitările noționale, ca și definițiile operaționale, au conturat sub anumite raporturi sfera și au schițat conținutul psihologiei clinice. Totuși, unele precizări sînt necesare, cu atît mai mult cu cît psihologia clinică, după aproximativ un secol de evoluție și dezvoltare, se află într-un proces de lentă cristalizare și continuă delimitare.

Una din cele mai complete aprecieri asupra sarcinilor și conținutului psihologiei clinice subliniază că aceasta „are ca obiect studiul mecanismelor mentale, în măsura în care ele sînt susceptibile de a contribui la menținerea sau restabilirea sănătății umane." (A. Lamache, A. Burloud, P.Davost, 1960, p.42). Considerată ca „o disciplină fundamentală", se subliniază că psihologia medicală „este în același timp clinică și experimentală, colectivă și individuală, normală și patologică, profilactică și terapeutică" *(ibidem)*.

După cum se poate constata, psihologia clinică nu are încă un cadru bine delimitat și nici un conținut ferm precizat și incontestabil statuat, fapt ce poate fi explicat prin apariția continuă a unor noi domenii ale cunoașterii antropologice, cu tot mai profunde implicații în datele și observațiile psihologice. Într-adevăr, în conținutul psihologiei clinice se înscriu, într-o amplă problematică, atît observații empirice, cît și date ale unor analize științifice, ca : „atitudinile bolnavului în fața bolii și a morții, relațiile dintre bolnav și anturajul său familial, fenomenele de transfer și contratransfer în relațiile terapeutice, jocul complex al cererilor, dorințelor, ofertelor, ca și beneficiul secundar, relațiile umane în spital ; patternurile și rolurile profesionale ale echipei terapeutice, aspectele psihologice ale grefelor de organ etc." (Cl. Veil, 1969, p. 255).

La rîndul ei, psihologia clinică găsește în noile domenii ale medicinii, și în primul rînd ale etiopatogeniei și terapiei, noi valențe susceptibile de a fi valorificate în cadrul unor probleme epistemologice medicale încă neelucidate. Astfel, cu toate remarcabilele progrese înregistrate în cunoașterea cauzelor bolilor, *rolul explicațiilor psihologice în elucidările etiologice* este tot mai intens invocat. Sub acest unghi trebuie menționat că nu numai în aria vastă a maladiilor psihosomatice, dar și în privința iatrogeniilor și conversiilor, elementul psihogen este tot mai elocvent subliniat și tot mai științific analizat.

În afara contribuției psihologiei clinice în domeniul etiopatogeniei, rolul său *în asistența medicală* este unanim acceptat, în primul rînd datorită faptului că orice boală constituie un prilej de interogație și anxioasă expectație, căruia psihologia clinică îi poate răspunde prin demersurile psihoterapeutice, ca și prin vocație. Ea are această disponibilitate întrucît, în situația de boală, particulară și în fapt singulară, pacientul pătrunde într-o lume a semnelor de întrebare care este determinată și întreținută de faptul că insul devine obiect de analiză a propriului Eu. Acest proces de autoanaliză, trăit pe fundalul nesiguranței și deseori al ignoranței, este susceptibil să determine apariția de noi simptome (care se pot constitui uneori într-o a doua *boală*, de fapt o stare morbidă *secundară*), expresii ale trăirii și reacției insului la afecțiunea propriu-zisă, considerată ca *boală primară*. De cele mai multe ori însă, este vorba de o potențare a simptomatologiei acesteia prin coeficientul de psihogenie determinat de conștiința bolii propriu-zise. Acest *coeficient de psihogenie*, diferit de la un ins la altul,

este în funcţie de natura, gravitatea sau momentul evolutiv al bolii şi într-o mai mare măsură de structura personalităţii şi experienţa de boală a pacientului. Dacă primele aspecte legate de boală se înscriu cu predilecţie în aria de competenţă a medicinii, celelalte aspecte, legate de bolnav, conferă conţinut şi legitimitate psihologiei clinice. Tocmai de aceea, psihologia clinică, centrată esenţialmente pe relaţia medic-bolnav, „pleacă de la principiul că practicianul trebuie să considere pacientul ca un subiect cu reacţiile sale la boală şi în relaţie psihologică cu medicul său" (P. Marchais, 1969, p. 249).

Pe lîngă contribuţia la elucidările etiopatogenice şi în activitatea curentă de asistenţă, de aprofundare a cunoaşterii simptomatologiei bolii şi conduitei insului în boală, psihologia clinică este implicată în *susţinerea terapeutică*. Datorită acestui fapt, conţinutul psihologiei clinice şi medicale este determinat „de bolnav şi boala sa, pe de o parte, şi de funcţia de îngrijire, pe de altă parte" (Ph. Jeammet, M. Reynaud, S. Consoli, 1980, p. 28). Fiind cunoscut faptul că fiecare act terapeutic se desfăşoară pe un fundal psihologic care-i conferă şi condiţionează valenţele sanogenetice, precizăm că, în ansamblu, intervenţiile terapeutice, indiferent de natura lor, găsesc resurse de valorificare în domeniul psihologiei clinice. Orice acţiune farmacodinamică şi în general activitatea farmacocinetică poate fi potenţată sau diminuată de factori evidenţiaţi de psihologia clinică.

În afara acestor aspecte psihologice ce acreditează eficacitatea diferitelor acţiuni terapeutice, psihologia clinică şi-a dezvoltat mijloace de tratament specifice, a căror expresie o constituie metodele psihoterapeutice şi demersurile socioterapeutice. Printr-o judicioasă selecţie şi aplicare practică, aceste metode de tratament psihologic pot completa şi potenţa efectul actului terapeutic specific în orice domeniu clinic, de la psihiatrie la chirurgie, de la endocrinologie la dermatologie. Prin aceste contribuţii terapeutice specifice, ca şi prin abordările sale psihodiagnostice, psihologia clinică apare într-adevăr ca o ştiinţă „concretă şi aproape de viaţă, care s-a dezvoltat din practică şi este destinată unor sarcini practice ale profesiei medicale" (E. Kretschmer, 1956, p. 1.).

5. Asupra istoriei şi orientărilor psihologiei clinice

O viziune retrospectivă asupra psihologiei clinice ca domeniu de asistenţă, de învăţămînt şi cercetare constată frecvent aprecierea nefondată, de cele mai multe ori eronată, asupra apariţiei şi evoluţiei acesteia. Astfel, în ciuda numeroaselor date, explicite şi detaliate asupra istoriei acestei ştiinţe, cei mai mulţi cercetători, fără informarea necesară, îi plasează originea în epoca noastră, nu rareori la data propriilor studii. Constatăm astfel că „psihologia medicală este o disciplină relativ recentă" (P. Marchais, 1969, p. 248), iar „ca disciplină ce se poate învăţa şi ca domeniu de cercetare, psihologia medicală este foarte tînără; ea nu are decît 20—30 de ani de existenţă" (P. B. Schneider, 1969, p. 24). Chiar şi cercetătorii care preferă noţiunea de *psihologie clinică* în locul celei de *psihologie medicală* scotomizează istoria domeniului afirmînd că „psihologia clinică, ca disciplină ştiinţifică este recentă", iar „ca profesie este foarte tînără" (Nina R. de Traubenberg, 1968, p. 1015), deşi este cunoscut faptul că psihologi clinicieni existau încă de la sfîrşitul secolului trecut. Tot astfel, se afirmă că „noţiunea de psihologie clinică şi domeniul de activităţi pe

care îl acoperă nu sînt cunoscute în Germania şi în literatura de limbă germană decît de puţin timp" (W. J. Schraml, 1973, p. 7), deşi se ştie că la Universitatea din Berlin s-au prezentat cursuri de „psihologie medicală" încă din anul 1845.

Invocăm aceste aserţiuni surprinzătoare, expresie în primul rînd a lipsei de informare, nu numai din respect pentru datele ştiinţifice reale, ci şi pentru că prezumtivele consideraţii prejudiciează şi întîrzie dezvoltarea acestei arii a cunoaşterii antropologice care, de fapt, a fost conturată şi statuată cu mult înaintea datelor prezentate de unii autori care se erijează în postura de promotori ai domeniului. Într-adevăr, supoziţii conform cărora psihologia clinică este „foarte tînără", „este recentă", sau ca cele după care „noţiunea ca şi domeniul" nu au fost decît „de puţin timp cunoscute" sînt folosite ca argumente pentru limitarea sau ignorarea acestei ştiinţe de către cei care nu au încă deplina convingere asupra importanţei pe care ea o reprezintă în medicina clinică.

Fără a mai menţiona datele psihologice întîlnite în studiile medicilor antichităţii elene şi romane, considerăm că istoria explicită şi evident atestată a psihologiei clinice poate fi remarcată odată cu emanciparea ştiinţei medicale din obscurantismul evului mediu şi mai ales în secolul al 17-lea, cînd Sydenham, acest „Hipocrate al Angliei", insistă asupra etiologiei psihogene a diverselor afecţiuni. Ideile sale au fost reluate şi dezvoltate de şcoala medicală italiană, pentru a fi mai evident exprimate în prima jumătate a secolului al 19-lea de către Heinroth (1818) şi Jacobi (1822), care şi-au cristalizat concepţiile psihologice privind natura bolilor prin termenii pe care i-au lansat, de tulburări cu sorginte „psihosomatică" şi respectiv „somatopsihică". Considerăm că în această perioadă studiile de psihologie medicală au fost numeroase, fapt ce a determinat pe I. B. Friedreich (1833) să publice o revistă a literaturii „asupra psihologiei medicale şi juridice".

În aceeaşi perioadă ideile psihologiei clinice au fost promovate de către psihiatri cărora, aşa cum subliniază Laségne (1844), „li se datorează introducerea sistematică a psihologiei în medicină". Dealtfel, începînd din 1845, Issensee, care era „profesor de patologie, terapeutică şi medicină legală" la Universitatea din Berlin, susţine un curs de „psihologie medicală", iniţiind prin aceasta formarea psihologică a viitorilor medici.

Interesul clinicienilor pentru problematica psihologică a permis lui H. Lotze (1852) să elaboreze prima lucrare amplă de psihologie medicală *Die medizinische Psychologie oder Physiologie der Seele*, în care, pe lîngă aspecte clinice, analizează mai ales probleme de psihofiziologie. După această dată preocupările de psihologie medicală cunosc în Germania un declin datorită concepţiei lui Griesinger care a imprimat medicinii o orientare „somaticistă".

Pe de altă parte, cercetările de psihologie medicală iau amploare în Anglia şi mai ales în Rusia, avînd ca promotori pe cei mai renumiţi psihiatri. Astfel, D. H. Tuke publică la Londra în 1870 lucrarea intitulată *Medical Psychology*, pentru ca ulterior să întreprindă o definire şi explicitare a noţiunilor din acest domeniu, în *Dictionary of Psychological Medicine* (1892).

Tot spre sfîrşitul secolului trecut, V. M. Behterev (1885) înfiinţează la Facultatea de medicină a Universităţii din Kazan, ca şi în cadrul Academiei de medicină militară, primele laboratoare de psihologie experimentală din Rusia. Laboratoare asemănătoare au fost deschise apoi la Odesa, la Kiev şi la Clinica „Korsakov" din Moscova. Totodată, un

„curs special de psihologie pentru studenţii medicinişti' a fost inaugurat în 1895 de către A. A. Tokarski.

În aceeaşi perioadă, psihologia medicală este afirmată şi în Franţa, prin studiile lui Th. Ribot asupra destructurărilor memoriei şi a tulburărilor afective : dealtfel, din 1889 el susţine un curs de „psihologie afectivă" în care sînt prezentate ample noţiuni de psihologie medicală.

Ca domeniu clinic aplicativ, psihologia îşi află sorgintea în Statele Unite, unde L. Witmer (1896) a înfiinţat o „Clinică psihologică" în cadrul Universităţii din Pennsylvania. Avînd o pregătire de bază medicală, fiind doctor în medicină al Universităţii din Leipzig (1892), L. Witmer este considerat ca „fondator al psihologiei clinice". La un deceniu după numirea sa ca director al Clinicii psihologice din Pennsylvania, L. Witmer (1907) publică lucrarea *Psychological Clinic* şi revista cu acelaşi nume, în care sînt consemnate obiectivele, principiile de funcţionare a clinicii, metodele folosite, conţinutul activităţii şi rezultatele înregistrate în activitatea psihologică din acest domeniu medical. Menţionăm că aici s-a aplicat pentru prima dată metoda clinică în accepţiunea în care aceasta este folosită astăzi, şi anume aceea de studiu individual al cazului, mai ales asupra copiilor psihotici, cu deficienţe mintale, psihomotorii şi tulburări de comportament. Subliniem, totodată, orientarea modernă a activităţii de psihologie clinică imprimată de L. Witmer, care consta nu numai în examinarea clinică şi evaluarea psihometrică, ci şi în aplicarea unor variate metode psihagogice şi recuperatorii, precum şi în efectuarea *couseling*-ului vocaţional. Această activitate complexă se desfăşura în echipă, la care, alături de psihologi, participau pedagogi şi medici specializaţi în oftalmologie, O.R.L., medicină internă şi ortopedie.

Activitatea clinico-psihologică promovată de L. Witmer, orientată în special asupra aspectelor vocaţionale, educaţionale şi recuperatorii din ansamblul domeniului deficienţelor mintale, a fost continuată de W. Healy, care s-a axat mai ales asupra problemelor comportamentale. Spre deosebire de L. Witmer, care punea accentul pe deficienţele intelectual-cognitive şi pe recuperarea lor prin metode de *training* cu deschideri educative, W. Healy considera că dizarmonia personalităţii are la bază tulburări afective a căror cunoaştere presupune o aprofundare a mijloacelor de investigaţie, dar şi o lărgire a ariei acţiunilor recuperative ; în acest scop, el a antrenat familiile pacienţilor, şcolile, ca şi instituţiile corecţionale, realizînd, în colaborare cu tribunalul pentru minori din Chicago, o „clinică comportamentistă pentru studiul delincvenţilor", din care a luat naştere ulterior „Institutul de dezvoltare juvenilă" şi formele de *Child Guidance*.

În afara studiilor de evaluare a inteligenţei, iniţiate şi dezvoltate în Franţa la începutul secolului nostru de către psihologul A. Binet şi medicul T. Simon (1905), care au deschis calea unei noi ramuri a psihologiei denumită ulterior „Psihodiagnostic", menţionăm apariţia în Rusia a primelor lucrări de investigaţie clinico-experimentală intitulate *Metode clinice de cercetare psihologică a bolnavilor psihici* (A. N. Bernstein, 1908) şi *Atlasul investigării psihologice a personalităţii* (V. Ribakov, 1911).

Primul pătrar al secolului nostru se încheie cu apariţia, în Franţa şi Germania, a două lucrări de referinţă, *La médecine psychologique* (P. Janet, 1923) şi *Medizinische Psychologie* (P. Schilder, 1924), această ultimă lucrare fiind considerată ca „primul tratat dedicat acestui domeniu" (P. Pichot, 1969, p. 235).

În a doua jumătate a secolului nostru, psihologia clinică se afirmă cu deosebită vigoare în principalele ţări europene, fiind ilustrată prin

lucrări de referință care poartă denumirea de „psihologie medicală". Astfel, după studiile lui A. Lamache și P. Davost (1954) privind *Situația și valoarea psihologiei în medicină*, comunicate la Academia de Științe Morale și Politice din Franța, apar numeroase lucrări, printre care menționăm : *Études de psychologie médicale* (J. Delay, 1959), *Eléments de psychologie médicale* (D. Lagache, 1961), *Abrégé de psychologie* (J. Delay, P. Pichot, 1964 și 1967), *Traité de Psychologie Médicale* (P. Sivadon, 1973), *Psychologie Médicale* (Ph. Jeammet, M. Reynaud și S. Consoli, 1980) etc.

Concomitent cu prima comunicare de psihologie medicală din Franța, a lui A. Lamache și P. Davost, în Germania apare primul din cele trei volume ale *Manualului de psihologie clinică*, elaborat de E. Stern (1954), în care se încearcă o „adaptare" a psihologiei aplicate la domeniul medical. Celelalte două volume, publicate de același autor în 1956 și 1958, cuprind „metodele psihologice de diagnostic" și „procedeele de psihoterapie". În aceeași perioadă, E. Kretschmer (1956) elaborează studiul monografic *Medizinische Psychologie*, lucrare de referință, în 16 capitole, între care, alături de tulburările funcțiilor psihice sînt prezentate „reacțiile personalității" (cap. 14), „expertiza psihologică" (cap. 15) și „metodele de psihoterapie" (cap. 16).

În Anglia dezvoltarea psihologiei clinice este axată asupra relației medic-bolnav, lucrarea *Medicul, bolnavul său și boala*, elaborată de M. Balint (1956), fiind ilustrativă în acest sens. Deși problematica relației terapeutice constituie cheia de boltă a psihologiei clinice, unele studii ulterioare din Marea Britanie s-au îndepărtat în mod deliberat de acest deziderat, așa cum se constată în lucrarea *Psychology in relation to Medicine* (1963) în care autorii, R. M. Mowbray și T. F. Rodger, tind spre „o abordare sintetică a comportamentului uman, interpretat ca un complement natural al studiilor privind structura și funcțiile diferitelor organe ale corpului" ; cu alte cuvinte, este vorba de o deplasare a accentului de la psihologia persoanei bolnave la psihologia comportamentului uman în condițiile perturbării fiziologice și ale destructurărilor anatomice.

O lucrare asemănătoare este realizată în Uniunea Sovietică de către M. S. Lebedinski și V. N. Miasiscev care, în *Vvedenie v mediținskuiu psyhologhiu* (1966), pe lîngă numeroase capitole de neurofiziologie și psihofiziologie, prezintă probleme de psihogenie și somatogenie (cap. 15), relațiile medic-bolnav (cap. 16), investigația clinică a bolnavului (cap. 17), bazele psihologice ale psihoterapiei (cap. 18), psihologia și farmacologia (cap. 19) etc.

De dimensiuni mai reduse, *Mediținskaia psihologhiia* elaborată de V. M. Banscikov et al. (1967) prezintă, în afara problematicii generale a psihologiei medicale, numeroase capitole de psihosomatică.

După cum se poate constata, cele mai reprezentative lucrări de psihologie clinică cuprind, în măsură variabilă, date, care actualmente sînt încorporate și statuate în domenii adiacente acesteia cum sînt psihopatologia, psihiatria, psihosomatica, psihoterapia, psihofarmacologia, psihanaliza, psihofiziologia, defectologia etc. O analiză a raporturilor dintre psihologia clinică și unele din aceste domenii ale cunoașterii umane poate contribui la o mai bună delimitare și o mai corectă evaluare a sferei și conținutului lor. Totodată, schițarea relațiilor tradiționale dintre psihologie și medicină ca și a conexiunilor și convergențelor dintre psihologie, pedagogie, sociologie și filozofie, poate reliefa mai elocvent sorgintea psihologiei clinice, sursele de inspirație și ariile sale de acțiune și interogație.

6. Conexiuni și convergențe între psihologia clinică și psihiatrie

Relațiile psihologiei clinice cu psihiatria sînt derivate din raporturile tradiționale ale acestei discipline medicale cu psihologia. Din ampla istorie a acestor relații reținem în primul rînd faptul că „cea mai veche legătură a psihiatriei este cu psihologia" (I. F. Poliakov, 1971, p. 827). Implicarea reciprocă a celor două domenii, ca și formularea explicită și invocarea acestor relații sînt regăsite cu aproape un secol în urmă, cînd V. H. Kandinski (1890) considera că „datele generale și concluziile psihologiei științifice sînt obligatorii pentru psihiatrie, deoarece psihicul, deși tulburat, nu încetează să fie psihic" (cf. V. V. Zeigarnik, 1963, p. 610). Argumentînd în același sens, S. S. Korsakov sublinia că „pentru a afla ce se întîmplă cu omul bolnav trebuie să studiem ce se întîmplă cu omul sănătos, să cunoaștem manifestările normale ale vieții psihice" *(ibidem)*.

Analiza raporturilor dintre psihologie și psihiatrie confirmă în mare măsură faptul că în secolul nostru „evoluția acestor relații a fost complexă și dramatică; ea a cunoscut momente de apropiere, pînă la confundare, ca și momente de îndepărtare, chiar pînă la completa ignorare a psihologiei de către psihiatrie" (I. F. Poliakov, 1971, p. 822). Subliniind că ignorarea relațiilor dintre psihologie și psihiatrie a fost „greșită" și „anormală", autorul consideră că fundamentarea lor cuprinde trei aspecte, și anume: a) implicarea teoriei psihologice în studiul general despre bolile psihice, b) dezvoltarea și valorificarea studiilor experimentale (psihopatologice) în cunoașterea bolilor psihice concrete, c) participarea psihologilor la îndeplinirea sarcinilor practice și a deciziilor din cadrul clinicii psihiatrice. Prin acest ultim deziderat abordăm de fapt analiza relațiilor dintre psihologia clinică și problematica psihologică din practica psihiatrică.

Dintre toate domeniile medicale, psihologia clinică păstrează cele mai strînse legături cu clinica bolilor mintale și putem afirma că relațiile sale cu psihiatria sînt nu numai tradiționale, ci și paternale. Într-adevăr, așa cum se poate constata din istoria psihologiei clinice, aceasta a apărut și s-a dezvoltat pe tărîmul psihiatriei, iar cei mai renumiți reprezentanți ai psihologiei clinice au fost medici psihiatri și au lucrat efectiv în domeniul bolilor psihice.

La rîndul său, acest domeniu al activității concrete a oferit promotorilor psihologiei clinice multiple sisteme de referință, întrucît psihiatria, univers deschis de o excepțională bogăție, „studiază tulburări polimorfe care interferează diversele aspecte ale personalității umane, situîndu-se la confluența fenomenelor biologice, psihologice, sociale și culturale" (P. Marchais, 1970, p. 1). Tocmai datorită acestui fapt, al diversității extreme a domeniului de studiu, „din psihiatrie au venit majoritatea informațiilor psihologiei clinice" (P. B. Schneider, 1969, p. 23), psihiatrii fiind aceia care au realizat apropierea dintre medicina somatică și medicina faptelor psihice care-și poate găsi cîmp fertil de dezvoltare pe terenul psihologiei clinice. În plus, prin analiza principalelor orientări și curente din psihologia clinică actuală se constată că acestea „au elemente comune în raporturile lor cu psihiatria", iar „creatorii acestor curente sînt psihiatri" (P. Pichot, 1969, p. 236).

Fără îndoială că specificul activității practice a creat această situație privilegiată a psihiatrilor în raport cu psihologia întrucît, prin însuși

conţinutul lor, bolile psihice informează şi formează medicul psihiatru asupra problematicii psihologiei umane în ansamblu, acreditîndu-l, totodată, „apriori, cu cea mai bună cunoaştere a relaţiilor psihologice ale omului bolnav şi a modalităţilor evolutive ale relaţiei medic-bolnav" (P. B. Schneider, 1969, p. 236).

6.1. *Caracterul interdisciplinar al psihiatriei, expresie a poziţiei sale particulare, ce reuneşte cunoştinţele medicinii şi psihologiei.* Constituind un domeniu deschis, cu multiple sisteme de referinţă, de la pavlovism la structuralism, de la psihofarmacologie la psihanaliză şi de la biochimie la sociologie, psihiatria păstrează primordiale şi profunde legături cu psihologia, căreia îi oferă fapte clinice de generalizare, iar prin fenomenele psihopatologice de dezorganizare, sugestii privind structurarea şi funcţionarea normală a vieţii psihice.

Din această complexitate a domeniului psihiatriei decurge, în primul rînd, dificultatea definirii sale. Astfel, deşi considerată „ramură a medicinii", psihiatriei i se conferă o anumită particularitate care o defineşte ca „acea ramură a medicinii care se ocupă de bolile psihice, boli a căror manifestare este comportamentală sau psihologică" (H. I. Kaplan, B. J. Sadock, 1983, p. 1). De fapt, o caracteristică a psihiatriei constă în aceea că, fenomenele psihologice şi psihopatologice care o fundamentează se manifestă şi pot fi analizate într-o triplă ipostază : de cauze, de simptome şi de agenţi terapeutici.

Obiectul de studiu al psihiatriei îl constituie tulburarea psihică cu întreaga sa infrastructură biologică. Pornind de aici, unii clinicieni, bazaţi pe faptul că în terapeutica bolilor psihice „se utilizează mai ales tratamente chimice sau metode fizice", consideră că psihiatria cunoaşte o „orientare mai ales fiziologică, atît în modul de gîndire, cît şi în teoria psihopatologică" (M. Balint, 1966, p. 113).

Cu toate acestea, numeroşi alţi cercetători subliniază relaţiile primordial psihologice ale psihiatriei. Astfel, se consideră că avînd ca obiect de studiu „tulburarea funcţiilor mentale", ca şi „tulburarea comportamentelor sociale" şi fiind „orientată spre funcţionarea persoanei globale", psihiatria este strîns asociată cu „disciplinele medicinii clinice, pe de o parte, şi cu disciplinele psihologice, pe de altă parte" (N. Tallent, 1963, p. 16).

Sub unghiuri operaţionale, psihiatria este însă definită în mod diferit, în funcţie de deplasarea accentului de la perspectiva etiopatogenică la cea clinico-terapeutică. *Din perspectivă etiopatogenică*, psihiatria are în vedere „elucidarea cauzelor îmbolnăvirilor, cercetarea sindroamelor şi simptomelor, a legilor apariţiei şi dezvoltării acestora, a criteriilor evoluţiei şi prognozei tulburărilor" (B. V. Zeigarnik, 1971, p. 832). În acelaşi sens, se apreciază că „psihiatria generală studiază legile fundamentale ale apariţiei şi dezvoltării tulburărilor activităţii psihice, problemele de etiologie şi patogenie, natura proceselor psihopatologice, cauzele lor, principiile de clasificare, problemele de reabilitare" (O. Kerbikov, 1972, p. 5). *Din perspectiva clinico-terapeutică*, psihiatria este definită ca „o ramură a medicinei care se ocupă cu recunoaşterea, tratamentul şi prevenirea anormalităţilor şi tulburărilor psihice" (W. L. Rees, 1976, p. 1).

Într-o definiţie cuprinzătoare ce ţine seama de ambele perspective, etiopatogenică şi clinico-terapeutică, se consideră că „psihiatria reprezintă specialitatea medicală care studiază tulburările mintale, etiologia şi pato-

geneza lor, organizează asistenţa şi stabileşte măsurile profilactice, terapeutice şi de recuperare a bolnavilor cu afecţiuni psihice" (V. Predescu, 1976, p. 14).

Se constată astfel că obiectul de studiu al ştiinţei psihiatrice, ca dealtfel şi acela al psihologiei clinice, nu îl constituie propriu-zis tulburarea, ci persoana care prezintă manifestarea psihopatologică, cu anxietăţile, ambiguităţile şi contradicţiile sale. Din acest punct de vedere trebuie reţinut că deşi „psihiatria studiază, descrie şi tratează maladiile mintale", ea vizează, ca şi psihologia clinică, „fiinţa biopsihologică" (P. Marchais, 1969, p. 247). Acest fapt se înscrie ca un alt element de convergenţă între psihologia clinică şi psihiatrie care, lăsînd în subsidiar boala, ipostaziază bolnavul, persoană umană unică în individualitatea sa care, într-un anumit moment al existenţei, prezintă o *reacţie*, un *proces* sau o *dezvoltare* psihopatologică.

Aceste considerente ilustrează deschiderea psihiatriei către psihologie şi în primul rînd către personologie, care îi permite să abordeze omul bolnav în universul său structural, în relaţiile sale, cu istoria şi motivaţiile personale, în accepţiunea sa de „om total". Această viziune personologică a permis psihiatriei să constate că în bolile psihice există o relaţie strînsă între evoluţia premorbidă a personalităţii şi fenomenologia clinică a afecţiunii.

Totodată, studiile de psihologie clinică au atras atenţia şi au orientat observaţia psihiatrică asupra semnificaţiilor personale ale unor aspecte ale mediului psihosocial, a factorilor psihostressanţi, psihotraumatizanţi şi frustranţi. Subliniem, de asemenea, că în psihiatria contemporană şi mai ales în studiile anglo-saxone este tot mai frecvent invocată componenta exogenă a psihozelor, considerate, în psihiatria tradiţională, ca fiind de natură „endogenă".

Datorită particularităţilor sale, obiectul de studiu al psihiatriei (persoana umană, omul bolnav psihic) este în acelaşi timp şi subiect, ceea ce face ca cercetarea, ca şi activitatea clinică obişnuită, să comporte exigenţe deosebite, datorită naturii fenomenelor studiate. Prin aceasta, studiul ştiinţific al psihiatriei contemporane se apropie de acela al psihologiei clinice, ambele implicînd în demersul lor epistemologic „particularităţi ale psihologiei umane, a căror bogăţie, originalitate şi supleţe scapă oricărei sistematizări" (P. Marchais, 1970, p. 3).

Convergenţele şi conexiunile dintre domeniile psihologiei clinice şi psihiatriei actuale sînt ilustrate nu numai în planul cunoaşterii clinice individuale, ci şi în acela al investigaţiilor complementare, în care „multe dintre tehnicile psihologice şi datele obţinute prin acestea sînt de o importanţă fundamentală în psihiatrie" (W. Mayer-Gross, E. Slater, M. Roth, 1969, p.9). Cu toate că aceste metode de bordare, ca şi procedeele de examinare specifice psihologiei clinice, au depăşit ariile investigaţiei psihiatrice, fiind aplicate şi în alte domenii ale medicinei clinice, „nu trebuie omis faptul că baza metodologică ştiinţifică a relaţiilor dintre medicină şi psihologie o constituie, înainte de toate, psihiatria" (V. N. Miasiscev, 1971, p. 802).

Cu toată această bază metodologică în mod real psihiatrică, psihologia clinică îşi extinde preocupările dincolo de ariile acesteia, asupra fiecărui domeniu clinic medical, abordînd persoana sub unghiul psihologiei sale, în mod individual. Acest fapt a fost ilustrat prin dezvoltarea şi aplicarea terapiilor psihologice în majoritatea domeniilor medicinei clinice.

Înainte de toate însă, metodele de psihoterapie au realizat cele mai ample conexiuni dintre psihologie și psihiatrie unde, alături de socioterapie și de alte mijloace de reintegrare, resocializare și reprofesionalizare, au contribuit în mod esențial la umanizarea ansamblului terapeutic în general și a condițiilor spitalizării în special. În acest fel, influența psihologiei clinice asupra asistenței psihiatrice a determinat „orientările psihologice ale psihiatriei ce au dus la consecințe psihoterapeutice, socioterapeutice și reabilitative hotărîtoare, care au influențat chiar structura organizării psihiatriei" (K. Weise, 1971, p. 66). Într-adevăr, în ultimele decenii, ca urmare a influențelor și implicațiilor psihologice dar și a psihofarmacologiei, s-a înregistrat o schimbare fundamentală a pozițiilor psihiatrice, atît în cadrul științelor medicale, cît și în societate" (K. Weise, 1971, p. 59), a avut loc un amplu proces de transformare a cărui esență constă în dezvoltarea psihiatriei sociale.

Influența psihologiei, atît de marcată actualmente asupra psihiatriei, se extinde rapid și la alte domenii ale patologiei. Această extensie este determinată printre altele de situația din medicina actuală, în care fenomenologia clinică acută, tot mai limitată, lasă loc patologiei de cronicizare, ce va solicita în tot mai largă măsură aportul psihologiei, considerat esențial în demersurile de reabilitare.

6.2. *Psihologia clinică și psihiatria biologică.* Faptul că psihiatria este o ramură a medicinei are un caracter postulativ deși, sub aspectul orientărilor, ea prezintă oscilații inerente între medicina biologică și larga problematică antropologică, delimitată actualmente prin așa-numita „medicină psihologică". Într-adevăr, realizînd o disjuncție pe care o considerăm fastidioasă, unii clinicieni vorbesc de o „medicină biologică" alături de o „medicină psihologică", ale cărei „noncongruență" și orientare „trebuie să evolueze spre complementaritate și intricare" (Lise Moor, 1972, p. 6).

Precizăm însă că psihiatria, situată, prin esența demersurilor sale, în aria medicinei are nu numai o *orientare* biologică ci, așa cum argumentează studiile genetice și biochimice, o tot mai elocventă *sorginte* biologică.

Dacă la aceste date adăugăm aporturile psihofarmacologiei, ilustrate sub aspect doctrinar prin date farmacodinamice și farmacocinetice, putem afirma că psihiatria actuală se află pregnant ancorată în „organic", printr-un pivot etiopatogenic și prin altul terapeutic, psihofarmacologic. Studiile din aceste două domenii, ce argumentează natura organică a proceselor psihotice, au devenit tot mai concludente în ultimul sfert de secol, anulînd aserțiunea unor clinicieni conform căreia „în ultima sută de ani psihiatria este în pericol de a-și pierde conexiunile cu corpul medicinei" (W. Mayer-Gross, E. Slater, M. Roth, 1969, p. 9). Cu toate acestea, nu trebuie ignorată „poziția particulară" a psihiatriei, care, după opinia autorilor, este situată între fiziologie și medicină, pe de o parte, și filozofie și psihologie, pe de altă parte.

Considerăm că această proximitate a psihiatriei a determinat diversitatea orientărilor și concepțiilor sale care se manifestă atît în explicația fenomenului psihopatologic, cît și în abordarea terapeutică a faptului psihiatric. Dacă însă teoriile etiopatogenice pot constitui într-o anumită măsură baza unor concepții etiopatogenice explicative (argumentate, dar nu suficient de elocvent demonstrate), mijloacele terapeutice au fost mai net și mai convingător validate, ilustrînd astfel natura biologică a

proceselor psihopatologice. Din acest punct de vedere, cei 30 de ani de la apariţia psihofarmacologiei au constituit o reconfirmare a valorii sale, ajunsă actualmente la un triumf necontestat, care a determinat o remedicalizare a psihiatriei.

7. Interferenţe şi relaţii între psihologia clinică şi psihopatologie

O clarificare a conţinutului noţiunii de *psihopatologie*, folosită într-o ambiguă sinonimie cu aceea de *psihologie patologică* sau de *patopsihologie*, impune o analiză a raporturilor sale cu *psihologia clinică*. Pe de altă parte, numeroşi autori, în special sovietici, fac o distincţie între *psihopatologia generală* şi *psihopatologia specială*, după cum se încearcă o nuanţare, care nefiind argumentată apare ca metaforică şi vag fondată, între „*psihologia patologicului* şi *patologia psihologicului*" (E. Minkowski, 1966, p. 25).

În linii generale „psihopatologia studiază manifestările morbide ale vieţii mentale" (*ibidem*, p. 3) sau „mecanismele şi legile anomaliilor psihice" (J. Delay, P. Pichot, 1967, p. 30). Totuşi cea mai completă şi autorizată definiţie, care de peste o jumătate de secol serveşte drept model de referinţă şi sursă de inspiraţie, consemnează faptul că „psihopatologia constă în cunoaşterea bolilor, a afecţiunilor şi infirmităţilor mintale, adică în descrierea grupurilor de simptome sau sindroame ce caracterizează fiecare alterare mentală, în determinarea evoluţiei pe care o urmează, de la debut pînă la terminarea bolii şi, dacă este posibil, în cunoaşterea cauzelor sale" (H. Wallon, 1926, p. 1).

O altă distincţie care se impune este aceea dintre psihologia patologică şi psihopatologie, noţiuni folosite de cei mai mulţi clinicieni într-o discutabilă sinonimie. Totuşi, o analiză scrupuloasă şi întrucîtva fastidioasă distinge prin *psihopatologie* „o patologie a ceea ce este psihic, deci a mentalului" (J. Favez-Boutonier, 1968, p. 449), apropiind-o astfel de psihiatrie, în timp ce, *psihologia patologică*, se ocupă mai puţin de maladia mintală, decît de ceea ce este patologic în mental, domeniul său fiind acela al „anomaliilor funcţiilor psihice" *(ibidem)* apropiindu-se astfel de psihologic. Sub alt unghi, distincţia tinde să precizeze că psihopatologia se ocupă cu studiul bolilor mintale, în timp ce psihologia patologică are ca obiect de cercetare studiul funcţiilor psihice, prin observarea anomaliilor întîlnite la pacienţii psihiatrici.

Pe de altă parte, diferenţierea dintre psihologia patologică şi psihopatologie poate fi reluată şi redată sub o nouă terminologie, prin introducerea noţiunilor de *psihopatologie generală* şi *psihopatologie specială*. În acest cadru, psihopatologia generală ar fi sinonimă cu psihologia patologică, în timp ce psihopatologia specială ar păstra accepţiunea iniţială a psihopatologiei. În această perspectivă, se apreciază că „psihopatologia generală este ştiinţa care studiază legile obiective de alterare a activităţii psihice, legile îmbolnăvirii psihice a persoanei"; totodată, „psihopatologia generală se ocupă, în afară de studiul analitic şi sintetic al tulburărilor psihice ca atare şi de studiul cauzelor şi mecanismelor generale şi specifice, precum şi de studiul consecinţelor acestor tulburări, în planul psihologic şi biologic al persoanei" (I. Iancu, 1959, p. 100).

Într-o perspectivă mai amplă, „psihopatologia generală reprezintă una din componentele patologiei generale,... în sfera acesteia figurînd

studiul particular și general al legilor tulburării activității psihice în diferite tipuri de boli" (I. F. Poliakov, 1971, p. 822). În același timp, menționăm însă că „psihopatologia generală, deși este o disciplină cu caracter pregnant teoretic, nu se limitează la studiul speculativ al unor date teoretice, baza faptică a psihopatologiei constituind-o domeniul clinic din fiecare sector al medicinei, care-i oferă datele concrete, pe care, generalizîndu-le, ajută la rîndul ei clinica, înarmînd-o cu noi cunoștințe teoretice, comune domeniului respectiv al medicinei" (G. Ionescu, 1971, p. 269).

Spre deosebire de noțiunile mai sus amintite de psihopatologie (generală și specială) și de psihologie patologică, utilizate mai ales în studiile de limbă franceză și germană, noțiunea de *patopsihologie* este întîlnită mai ales în cercetările sovietice, ea desemnînd „una din ramurile psihologiei care s-a format în ultimii 20 de ani în Uniunea Sovietică, ca disciplină științifică, avînd un obiect de studiu, un sistem de noțiuni și metode de cercetare" (I. F. Poliakov, 1971, p. 829). În accepțiunea cercetătorilor sovietici, patopsihologia își conturează domeniul între neuropsihologie și psihopatologia experimentală. În demersul ei deductiv, patopsihologia pornește de la aspectul fenomenal, căutînd să răspundă întrebării *cum?* este tulburată o anumită funcție psihică, pentru a se apropia de esență, prin răspunsul la întrebarea *de ce?*. Este posibil ca noțiunea de patopsihologie să fi fost aleasă întrucît exprimă orientarea predilectă a studiilor asupra aspectelor de patogeneză a tulburărilor, asupra mecanismului de producere a acestora. Ca un argument al acestei supoziții, invocăm faptul că studiile de patopsihologie sînt axate asupra tulburărilor psihice consecutive unei suferințe cerebrale organice (traumatisme cranio-cerebrale, leziuni vasculare, tumorale sau provenite în urma ingestiei de substanțe toxice sau droguri). Spre deosebire de patopsihologie care, după opinia noastră are o sferă mai restrînsă, obiectul său de studiu fiind experimentul clinic natural, psihopatologia, cu o arie mai largă și o problematică mai complexă, încearcă să răspundă la întrebările „de ce a apărut unul sau altul dintre simptomele sau sindroamele psihopatologice, care pot fi consecințele acestui fenomen asupra comportamentului și evoluției bolnavului, cum pot fi îndepărtate, atenuate sau compensate aceste fenomene" (S. I. Rubinstein, 1965, p. 21).

Apreciind că aceste clarificări noționale și delimitări erau necesare, întrucît „o frontieră se impune psihopatologiei" (K. Jaspers, 1928, p. 2), precizăm că „scopul psihopatologiei este de a învăța să cunoaștem viața psihică anormală în realitatea sa, mijloacele sale de exprimare, raporturile sale de ansamblu și cauzele sale multiple, independent de teoriile apriori" (K. Jaspers, 1928, p. 45).

Menționăm că spre deosebire de psihologia clinică ce are în vedere analiza cazului concret, a individualului și particularului, psihopatologia „nu analizează și nu descrie individualul, ci generalul, tulburările senzațiilor, percepțiilor, reprezentărilor etc. ... urmărind ceea ce se lasă exprimat în concepte, ceea ce se poate exprima în reguli, ceea ce poate fi conceput ca relație, ca raport... ea caută reguli și concepte generale pentru a satisface exigențele care i se impun în cazuri particulare" (*ibidem*, p. 1).

Cu toate că acest punct de vedere a fost larg adoptat, fiind și actualmente acceptat, există clinicieni care vor să confere acestui domeniu un conținut mai concret și un obiect de studiu mai bine precizat, o disponibilitate concret-operațională, chiar atunci cînd este vorba de psihopatologia generală. Ei consideră astfel că „se desemnează o psihopatologie generală,

al cărei rol este de a defini liniile generale și principiile unei științe psihopatologice. Cîmpul de observație al unei asemenea științe acoperă diferitele aspecte sub care se dezvăluie faptul psihiatric : structuri ale personalității morbide, lumile delirului, relația terapeutică" (M. L. Mondzain, A. Porot, 1965, p. 458). Prin aceasta, se extinde foarte mult sfera noțiunii de psihopatologie, interferîndu-se cu aceea de psihologie clinică, dar și de psihiatrie, cu atît mai mult cu cît „obiectul de studiu al psihopatologiei, faptul psihiatric, nu poate fi separat de subiect, de bolnavul psihic" *(ibidem)*. În aceeași accepțiune extensivă, cu vădite implicații asupra psihologiei clinice, psihopatologia este definită ca „studiul științific al tulburărilor de comportament, al conștiinței și al comunicării cu cei din jur; ea urmărește să înțeleagă mai întîi faptul patologic printr-un efort de pătrundere în universul morbid al subiectului, sesizînd semnificația simptomului pe care acesta îl trăiește; în sfîrșit, ea stabilește legi generale referitoare la procesele mentale" (N. Sillamy, 1965, p. 210).

În opoziție cu acest punct de vedere, care privește psihopatologia într-o largă și desigur vagă accepțiune, definind-o prin elemente interferente cu acelea ale psihologiei clinice sau ale psihiatriei, alți autori îi restrîng în mod excesiv sfera, sărăcindu-i totodată conținutul. Astfel, se consideră că psihopatologia „constituie o parte a psihiatriei, care îi utilizează datele în scopuri terapeutice" (H. Piéron, 1963, p. 320), sau că psihopatologia s-ar reduce la „studiul asupra schimbărilor patologice ale psihicului", fiind „un capitol al psihiatriei" (M. S. Lebedinski, V. N. Miasiscev, 1966, p. 8).

Dacă autorii mai sus menționați includ obiectul psihopatologiei în domeniul considerat mai vast al psihiatriei, alții includ ampla problematică psihopatologică în psihologia clinică. Astfel, după ce definesc psihopatologia ca „știință a funcționării spiritului uman" se afirmă că aceasta ar constitui „o parte a psihologiei medicale" (J. Delay, P. Pichot, 1967, p. 35).

Presupunem că în stabilirea raporturilor amintite, conform cărora psihopatologia ar fi o ramură a psihiatriei, autorii au avut în vedere faptul că izvorul datelor psihopatologice îl constituie mai ales clinica psihiatrică, ducă cum, de cele mai multe ori, psihiatrul, ca și psihologul din clinica psihiatrică, generalizînd fapte de observație clinică, desfășoară cele mai elocvente studii de factură psihopatologică.

8. Relațiile psihologiei clinice cu psihologia socială

Atît prin sorginte și orientare, cît și prin faptul că angajează cel puțin două persoane, medicul și pacientul, actul medical este totodată un act social. Cu toate acestea, analizînd situația formării și informării personalului medical asupra problematicii sociologice, se constată, nu fără surprindere, că „în timp ce cunoștințele despre medicină și fiziologie sînt amănunțite și relativ precise, cunoștințele despre sociologie sînt vagi și imprecise" (W. Mayer-Gross, E. Slater, M. Roth, 1969, p. 3).

În condițiile actuale, cunoașterea aspectelor psihosociologice ale medicinei devine cu atît mai necesară cu cît relațiile medicinei cu psihologia clinică și cu psihologia socială se evidențiază nu numai în planul teoretic, ce vizează caracterul social al medicinei, ci și în demersul practic,

şi în primul rînd investigator-anamnestic. Astfel, analiza istoriei bolii şi a vieţii insului, specifică psihologiei clinice, este în acelaşi timp analiza relaţiilor sale cu alţii, cu persoane semnificative sau cu grupuri, ambientale, familiale şi profesionale, inerentă psihologiei sociale.

Relaţiile domeniilor amintite sînt evidente şi sub aspect practic unde constatăm că investigaţiile de psihologie clinică folosesc atît mijloace de examinare individuală (teste şi tehnici), cît şi chestionare şi scale, specifice psihologiei sociale. În plus, examenul psihologic individual, considerat ca fiind prin excelenţă de psihologie clinică, implică o dimensiune socială, întrucît pacientul investigat aparţine unui grup, caracterizat prin standarde, norme şi modele. La rîndul său, însuşi examinatorul aparţine unui grup social şi profesional ale cărui reguli şi standarde le respectă, cărora el se conformează şi care, în ultimă instanţă, îl modelează.

Totuşi, spre deosebire de psihologia clinică, care încearcă să cunoască şi să înţeleagă bolnavul în mod individual, cu disfuncţia, dezadaptarea sau suferinţa sa, psihologia socială îşi propune să-l cunoască în contextul său social, în mediul său familial şi profesional, conturînd astfel, chiar în condiţiile bolii, cunoaşterea omului total. Acest fapt are atît o valoare epistemologică, întrucît îmbogăţeşte cunoaşterea etiopatogenică, precum şi o valoare euristică, de relevanţă terapeutică, ştiut fiind că multe afecţiuni sînt generate şi întreţinute de factori din mediul sociofamilial sau, dimpotrivă, sînt ameliorate ori vindecate, prin organizarea sanogenetică a acestuia.

Totodată, distanţîndu-se de psihologia clinică ce este orientată, printr-un efort de înţelegere şi sprijin, spre o comprehensiune angajată, psihologia socială, printr-o atitudine constatativă, se menţine într-o mentalitate detaşată. Prin această disjuncţie a procedeelor tehnice şi a demersurilor epistemice, se realizează o necesară completare a cunoaşterii, întrucît, spre deosebire de psihologia clinică, orientată asupra individualului şi particularului, psihologia socială are viziunea ansamblului, a generalului, prin aceasta fiindu-i accesibilă sesizarea esenţialului.

8.1. *Problematica socială a unor situaţii psihologice personale şi extrapolarea lor în fapte medicale.* Analiza raporturilor dintre psihologia clinică şi psihologia socială aduce în mod inerent în discuţie problematica socială a bolii, a sensurilor acesteia şi a dimensiunilor propriu-zis patologice care-i sînt implicate, situînd-o la distanţe variabile faţă de starea de sănătate.

Fără îndoială că majoritatea bolilor psihice sau somatice se întîlnesc, cu o incidenţă variabilă, în toate culturile, dar ce anume se înţelege prin boala respectivă, gradul de la care o anumită simptomatologie este apreciată şi considerată ca boală care trebuie tratată, diferă de la un meridian la altul şi, în ultimă instanţă, depinde, în egală măsură, de procesul morbid, cît şi de cultura dată. Constatăm astfel că, după cum există bolnavi care „se neglijează" sau „se ignoră", considerînd că afecţiunea lor nu impune un tratament specific, tot astfel, există culturi care ignoră o boală sau alta, considerînd-o nesemnificativă sau minoră. Acest fenomen este determinat de faptul că una şi aceeaşi fenomenologie clinică este apreciată în mod diferit în culturi diferite sau că se acordă o accepţie diferită sintagmei nosografice care desemnează o anumită boală. Este cunoscut faptul că în întreaga patologie, dar mai ales în psihiatrie, acuzele sau fenomenologia clinică, invocate ca exprimînd o perturbare, pot fi înscrise pe o scală de semnificaţie şi severitate, diagnosticul de boală fiind situat, în funcţie de mediul sociocultural, în mod diferit pe această scală.

Astfel, prin termenul de „cardiopatie ischemică" este desemnată atît algia precordială ce apare în mod spontan, intermitent, sau după efort, la o persoană de vîrstă mai avansată, cît și situația în care fenomenologia precordială, algică, ilustrată printr-o manifestare specifică, este însoțită de confirmarea bioelectrică a stării de suferință miocardică. Tot astfel, „depresia" desemnează atît starea afectivă negativă, consecutivă unei pierderi (materiale, morale sau afective), unei situații psihotraumatizante, psihostressante ori frustrante, sau reactualizării unor situații penibile din antecedente, cît și starea de dezangajare, de totală renunțare, de nonparticipare, de dezînvestire, de repliere retrospectivă și rumination autopunitivă. Între prima situație, ce poate fi considerată comună oricărei persoane, și această ultimă manifestare a depresiei, diagnosticul cunoaște atît criterii de ordin medical, cît și patternuri statuate prin consens sociocultural. Dealtfel, putem considera că, în majoritatea afecțiunilor, simptomatologia poate fi înscrisă atît pe o scală cuprinsă între problematica și preocuparea personală față de boală și faptul clinic ce poartă o semnificație autentic-medicală.

Pornind de la acest amplu diapazon al accepțiunii noțiunii de boală, care în ultimă instanță ilustrează semnificația ei socială, putem constata că, în aria asistenței medicale tind să-și facă loc probleme și situații adiacente medicinei, ele fiind în fond fenomene de viață personală.

Această situație este favorizată de faptul că, într-o epocă relativ scurtă, pe măsura evoluției sale, societatea și-a asumat povara asistenței și ansamblului problematicii medicale. Dar, preluînd această responsabilitate față de boală, societatea nu poate fi făcută responsabilă și pentru situații personale, de impas psihologic, ce nu au semnificație medicală. Astfel, printr-o extensie a „dreptului la sănătate", prin estomparea limitelor între faptul personal, social, și cel medical, numeroase probleme individuale sau cu implicații în domeniul psihologiei sociale sînt extrapolate în fapte „medicale"; în felul acesta, eșecurile școlare tind să devină cazuri medicale, conflictele conjugale, eludînd consilierea psihologică, pretind terapii maritale, maleza frizează nevroza, iar bătrînețea, extrapolată în senescență, impune medicinei asistență. În fapt, are loc o translație a expectațiilor de la impasul individual la faptul medical a cărui satisfacere este invocată cu insistență, în virtutea dreptului social la asistență.

9. Probleme ale psihologiei clinice din perspective psihopedagogice

În strînsă legătură cu problematica socială a bolii, cu influența tot mai puternică exercitată asupra medicinei de către psihologia socială, se consideră că „una din cele mai semnificative schimbări din medicină care au avut loc în ultimii 20 de ani este creșterea influenței psihologiei în educația medicală" (R. M. Goldenson, 1970, p. 763).

Formarea psihologică a medicilor, ca și informarea lor asupra datelor de psihologie clinică, aduc în mod inerent în discuție situații de natură pedagogică cu care clinicianul, medic sau psiholog, este confruntat în practică. Nevoia de continuă instrucție și informație, impusă de progresul tehnic, științific al domeniului clinic nu trebuie să lase în umbră problemele de educație și formație; astfel, cu cît nivelul tehnic al domeniului clinic este mai elevat, cu atît clinicianul devine mai tributar calității in-

formației sale și „va resimți nevoia de a diversifica și de a relativiza aceasstă informație, situînd-o în cadrul unei perspective globale despre om în condițiile sale socioculturale" (Ph. Jeammet, M. Reinaud, S. Consoli, 1980, p. 25).

9.1. *Complianța la terapie, problemele transferențiale și regresiile comportamentale sub unghiul pedagogiei medicale.* Atît în terapeutica pediatrică, precum și în patologia psihică, pedagogia medicală își confirmă contribuția în problema cooperării pacientului la tratament și a fenomenelor adiacente acestuia, descrise sub denumirea de *complianță* terapeutică. Problemă cotidiană în pediatrie, prezentă în anumite grade și manifestări în întreaga patologie, complianța terapeutică prezintă uneori aspecte dramatice în psihiatrie. Într-adevăr, pacientul psihiatric, asemenea pacientului „pediatric", nu are întotdeauna conștiința bolii, nu cunoaște semnificația acesteia, fapt ce determină refuzul, hotărît sau disimulat, iar uneori opoziția manifestă, față de tratamentul care trebuie administrat. De fapt, aria fenomenelor de noncomplianță terapeutică depășește cu mult opoziționismul bolnavilor psihotici, slaba adeziune la tratament întîlnindu-se în măsură variabilă în toate domeniile clinice și în toate condițiile medicale, de la tulburările nevrotice la afecțiunile neoplazice. În plus, în afara fenomenului noncompliant manifest, nu pot fi omise remanierile de către bolnavi a posologiei medicamentelor sau a duratei tratamentelor. Astfel, studii efectuate în ultimii ani au indicat că în patologia generală nu există o strictă complianță la terapie decît în 15% din cazuri, acest procent fiind semnificativ mai mare la bărbați și mai mic la femei. Evident, factorii noncomplianței sînt extrem de diferiți, fiind mai ales în funcție de caracteristicile bolii, personalitatea pacientului, complexitatea și durata tratamentului, ca și de ampla fenomenologie relațională, în special transferențială, dintre medic și bolnav. Acești factori, întîlniți nu numai în cadrul clinicii psihiatrice, ci și în alte domenii clinice, sînt susceptibili de a fi în mod evident influențați prin procedee pedagogice. Intervenția acestor procedee își ilustrează eficacitatea și în situația unor factori de înaltă relevanță în ansamblul elementelor acreditate să asigure o bună complianță. Astfel, știut fiind că durerea este un element esențial în acceptarea și respectarea tratamentului, s-a constatat că chiar în afecțiuni algice, ca artrita reumatoidă, complianța poate să scadă de la 69% la 20%, cînd sînt ignorate aspecte relaționale, înscrise în ansamblul măsurilor pedagogiei medicale.

Influența pedagogiei asupra psihologiei clinice se exercită nu numai în privința problematicii medicale a copilului, așa cum se consideră în mod empiric, ci, în egală măsură, și în aceea a adultului bolnav, fapt relevat în mod elocvent de *fenomenul regresiei comportamentale.* Ilustrat printr-un ansamblu de manifestări atitudinale, în care sînt prezente dorințele, aspirațiile și explicațiile, ca și labilitățile specifice unor perioade din copilăria pacientului, fenomenul de regresie este întîlnit în fiecare boală, fiind variabil în funcție de pacient și de condiția medicală. Analiza acestor probleme ne-a dezvăluit faptul că fenomenul de „regresie psihică" pe care-l denumim de „regresie comportamentală" este în funcție de structura psihică a persoanei, de personalitatea premorbidă, experiența de boală a pacientului, ca și de natura afecțiunii prezentate, de gradul de severitate și de momentul evolutiv al acesteia. Desigur, în bolile psihice se constată o regresie comportamentală mai puternică decît în bolile somatice, ceea

ce determină o dependenţă mai accentuată a pacienţilor faţă de terapeut, evoluţia ei constatîndu-se, în grade şi sub forme variabile, chiar şi în perioadele de remisiune.

Complexa fenomenologie transferenţială, prezentă în fiecare relaţie interpersonală, se instituie de asemenea ca o problemă de pedagogie medicală. Ansamblul atitudinilor şi sentimentelor terapeutului faţă de pacient, ca şi totalitatea aspiraţiilor, expectaţiilor şi convingerilor pacientului faţă de terapeut, respectiv *reacţiile de transfer şi contratransfer* care influenţează şi chiar condiţionează nu numai succesul oricărei psihoterapii ci însăşi acţiunea farmacodinamică a medicamentelor, se înscriu în întregime în aria unei pedagogii medico-terapeutice. De fapt, fenomenul *placebo*, atît de evident constatat de clinicieni şi de elocvent ilustrat la unele persoane, mai ales în primele stadii ale aplicării tratamentului, se datoreşte înaltei investiţii a pacientului asupra acţiunii terapeutice, induse prin mecanisme pedagogice empirice.

Subliniem însă că mînuirea relaţiilor transferenţiale, a fenomenelor regresiei comportamentale, ca şi asigurarea complianţei la terapie (care implică numeroase cunoştinţe de pedagogie), nu pot fi reduse la însuşirea unor date şi observaţii empirice desprinse din practica activităţii clinice. Dimpotrivă, aceste probleme se înscriu în instrucţia explicită şi deliberat-organizată a studenţilor şi medicilor, statuîndu-se într-o componentă importantă a formării lor clinice, bazată pe datele unei pedagogii medicale ştiinţifice.

9.2. *Pedagogia medicală în condiţiile cronicizării stării de boală.* Deşi tinde spre emancipare, bucurîndu-se de o tot mai largă şi justificată acceptare, pedagogia medicală se află în strînsă interferenţă nu numai cu psihologia clinică, ci şi cu clinica geriatrică, precum şi cu alte domenii adiacente ca pediatria, psihiatria, psihosociologia, etica etc. Ea se prezintă sub forma unei „psihopedagogii medico-sociale", concepută „ca o sinteză simplificată a multiplelor cunoştinţe psihologice, pedagogice, medicale şi sociologice, în aspectele lor dinamice, aplicate la totalitatea biopsihosocială care constituie întreaga fiinţă umană" (R. Lafon, 1963, p. 500)

Aceste aspecte, ce pot alcătui o veritabilă antropologie medicală, devin şi mai evidente în situaţia cronicizării stării de boală. În plus, o boală care prezintă acest potenţial poate schimba viaţa pacientului în mod radical, atît în privinţa rolului, cît şi a statutului său profesional. În privinţa conţinutului măsurilor de asistenţă, menţionăm că, dacă în faza acută a bolii în prim-planul acţiunilor figurau intervenţiile clinico-terapeutice, în stadiul de cronicizare un rol esenţial revine aspectelor psihopedagogice; pacientul trebuie readaptat şi educat în vederea acceptării compromisului între modurile de viaţă permise şi limitările impuse, între posibilităţile şi exigenţele noii sale situaţii biopsihologice. În aceste condiţii aportul pedagogiei medicale îşi desvăluie virtuţi esenţiale, comparabile cu cele constatate la vîrsta de şcolaritate, în cadrul procesului instructiv-educativ întrucît „comportamentul oamenilor cînd cad în boală, ca şi modurile lor de a lupta împotriva bolii cronice, ar putea furniza un material la fel de bogat ca cel cules prin observarea evoluţiei copilului spre maturitate" (M. Balint, 1966, p. 257). În fond, boala determină o limitare a libertăţii care, atunci cînd se prelungeşte în mod cronic, implică o trăire psihică ce impune o atitudine terapeutică, în mod esenţial pedagogică.

10. Educaţia etică şi psihologia clinică

Demersul practicii clinice, de la observaţie şi investigaţie şi pînă la conduita terapeutică, este marcat de o componentă etică a cărei dimensiune se înscrie pe un amplu evantai între atitudinea naturală exemplară şi reglementarea juridică.

Considerăm că prin intermediul psihologiei clinice se realizează o reevaluare a eticii practicii medicale şi o mai mare deschidere asupra complexelor probleme ale eticii profesionale. Aceasta este posibilă şi datorită faptului că prin însăşi formarea, ca şi prin conţinutul activităţii sale, psihologul clinician este mai abilitat şi mai sensibilizat asupra datelor eticii decît medicul practician, apreciindu-se că „activitatea profesională a psihologului din clinică este, în esenţa ei, o problemă etică" (N. Hobbs, 1973, p. 1513).

Relaţiile dintre cele două domenii, etic şi psihologic, pot fi analizate nu numai din punctul de vedere al normelor şi valorilor morale ce trebuie implementate în actele şi conduitele medicale, ci şi sub unghi opus, pornindu-se de la activitatea clinică medicală la conştiinţa morală, cu atît mai mult cu cît sistemul regulilor de comportament al medicului, înscris în deontologie „este determinat de psihologie" (M. S. Lebedinski, V. N. Miasiscev, 1966, p. 16).

Sub aspectul normelor morale medicale sînt analizate în primul rînd relaţiile interpersonale dintre medic şi bolnav, care însoţesc pe cei doi protagonişti ai actului medical de la iniţierea relaţiei anamnestice pînă la încheierea acţiunii terapeutice. În cadrul acestora, expectaţiile pacientului sînt în strînsă dependenţă nu numai de valoarea profesională, ci şi de ţinuta morală a terapeutului, „încrederea bolnavului fiind inseparabilă de conştiinţa morală a medicului" (G. Heuyer, 1966, p. 291).

În afara aspectelor etice ale relaţiei terapeutice, în cadrul normelor morale se înscriu şi relaţiile extraprofesionale (denumite, sub acest unghi, colegiale), care preconizează abţinerea clinicianului de a minimaliza ori denigra pregătirea profesională sau orientarea terapeutică a altuia sau de a dezvălui, în faţa pacientului, o eventuală eroare a colegului, ştiut fiind că „aceste aspecte, referitoare la etică, ameninţă în ultimă instanţă evoluţia stării bolnavului" (V. M. Banscikov, V. S. Gusikov, I. F. Miagkov, 1967, p. 173).

Pentru a se evita astfel de abateri de la normele morale, în unele ţări, etica profesională este reglementată printr-un „cod de deontologie". Astfel, Societatea Franceză de Psihologie a elaborat un cod deontologic, ale cărui paragrafe cuprind reguli de conduită morală a căror valoare poate fi considerată universală. Acestea vizează:

— *etica profesională*, în cadrul căreia se stipulează că în „exercitarea profesiunii, psihologului îi este interzis orice act sau cuvînt ce ar putea atinge demnitatea fiinţei umane"; de asemenea, el „este conştient de necesitatea de a fi obiectiv circumspect cînd acţiunea sa implică noţiuni relative, ca : normal, anormal, adaptat, dezadaptat etc., care se cer aplicate persoanelor sau raporturilor dintre ele;

— *secretul profesional*, care se referă la „tot ceea ce psihologul a văzut, a auzit sau a înţeles în cursul practicii sale"; totodată, „în afara cazurilor de obligaţie legală, secretul trebuie păstrat în vorbe, ca şi în conversaţie şi în difuzarea documentelor";

— *respectul altuia*, prin care „psihologul trebuie să interzică orice act sau cuvînt susceptibil de a vătăma persoane fizice sau morale de care se ocupă profesional"; în plus, psihologul „nu trebuie să se folosească de mijloace profesionale pentru a se asigura de avantaje personale";

— *informarea ştiinţifică*, în virtutea căreia „fiecare psiholog trebuie să se informeze în mod constant asupra progreselor disciplinei sale", manifestînd, în acelaşi timp, „grija de a comunica ştiinţa sa cît de complet posibil, într-un spirit de exactitate şi adevăr";

— *autonomia tehnică*, prin care numai psihologul are „grija şi responsabilitatea alegerii metodelor pe care le foloseşte" şi, în acelaşi timp, „să refuze orice angajament pe care starea prezentă a tehnicilor sale nu-i permite să şi-l asume";

— *independenţa profesională*, conform căruia, psihologul clinician, deşi membru a echipei terapeutice,"nu trebuie să accepte condiţii ce ar putea să atingă independenţa sa profesională, adică l-ar împiedica să aplice principiile deontologice enunţate".

După cum se poate constata, conduita morală a psihologului în clinică vizează ansamblul activităţilor şi relaţiilor sale, de la utilizarea mijloacelor investigatorii la alegerea metodelor psihoterapeutice, de la modul de relaţionare cu pacienţii la stilul de raportare cu colegii, de la datoria de informare ştiinţifică la devotamentul ilustrat în activitatea clinică. Depăşind, după cum constatăm din paragrafele codului deontologic, aspectele etice ale aplicării psihoterapiei, „etica psihologului clinician este mai mult decît un simplu compendium de reguli pentru manevrarea contratransferului" (N. Hobbs, 1973, p. 1507). Aceasta cu atît mai mult cu cît, prin înseşi dezideratele sale, psihologia clinică are în vedere o „abordare sintetică a omului, înscriind individul în lumea valorilor familiale, profesionale şi sociale care-i este proprie" (A. Lamache, A. Burloud, P. Davost, 1960, p. 48).

În privinţa învăţămîntului eticii, devine tot mai elocventă opinia că actualmente etica medicală este tributară şi dependentă de etica „filozofică", în sensul că studiile existente, bazate în exclusivitate pe elemente cognitive, ignorînd componentele afective, au o orientare profund raţionalistă. Astfel, se consideră că sub hegemonia şcolilor cognitiviste, în etică s-a urmat o concepţie baconian-carteziană în care cunoaşterea este obţinută în mod fragmentar prin unităţi distincte şi organizată în categorii logice. Această linie de gîndire a fost reconfirmată şi argumentată de Kant, în concepţia căruia, numai facultăţile raţionale ale fiinţei umane sînt relevante pentru etică. Din acest punct de vedere, ceea ce simte o persoană ar fi nesemnificativ sub aspectul moral al actului pe care aceasta îl întreprinde sau pentru alegerea pe care o face; altfel spus, sprijinul acordat din dragoste sau compasiune nu are valoare etică.

În medicină însă, acest sistem etic este insuficient întrucît „pentru medic este nefolositor să ştie ce este bine dacă nu îl face" (R. C. Sider, C. Clements, 1982, p. 499). Din acest punct de vedere, se consideră că din sistemul eticii medicale nu trebuie eliminat factorul afectiv; dimpotrivă, sub influenţa psihologiei clinice, educaţia etică şi însuşirea datelor eticii trebuie să cuprindă stimularea imaginaţiei morale şi dezvoltarea sentimentului de datorie morală, evitîndu-se „accentul pus pe raţionament şi argumentare... pe analiza critică şi utilizarea metodelor raţionale" (R. Macklin, 1980, p. 84)

Fundamentată, stimulată şi modelată de sistemul social, etica medicală contribuie la formarea unui mediu moral de înalt nivel umanitar în care normele morale să devină inerente valorilor profesionale, fiind tot atît de importante în cadrul activităţii clinice, ca şi cunoştinţele ştiinţifice şi deprinderile tehnice.

BIBLIOGRAFIE

Balint, M., *Le médecin, son malade et la maladie*, Paris, Payot, 1966.

Banscikov, V. M., Gusikov, V. S., Miagkov, I. F., *Mediţinskaia psihologhiia*, Moskva, Izd. Mediţina, 1967.

Chabalier, G., *Psychologie clinique*, „Vocabulaire de psychopédagogie et de psychiatrie" (red. R. Lafon), Paris, Press. Univ. France, 1963, p. 496.

Delay, J., Pichot, P., *Abrégé de psychologie*, Paris, Masson, 1967.

Favez-Boutonier, J., *Psychologie clinique et psychologie médicale*, „Ann. méd.-psychol.", 1961, 9—10, 321—325.

Favez-Boutonier, J., *L'objet de la psychologie clinique*, „Bull. psychol.", 1968, 226, 21, 8, 449—451.

Fedida, P., *Perception et compréhension clinique en psychologie; instrumentalité et concepts*, „Bull. psychol.", 1968, 270, 21, 908—929.

Goldenson, R. M., *Medical Psychology, The Encyclopedia of Human Behaviour. Psychology, Psychiatry and Mental Health*, New York, Doubleday, 1970.

Guillaumin, J., *La signification scientifique de la psychologie clinique*, „Bull. psychol.", 1968, 270, 21, 936—949.

Heuyer, G., *Vingt leçons de Psychologie Médicale*, Paris, Press. Univ. France, 1966.

Hobbs, N., *Ethics in Clinical Psychology, Handbook of Clinical Psychology*, (B. B. Wolman ed.), New York, McGraw-Hill Book Company, 1973, 1507—1514.

Iancu, I., *Unele probleme actuale ale psihopatologiei generale şi sarcinile dezvoltării acestei ştiinţe în ţara noastră*, „Revista de psihologie", 1959, 3, p. 99—119.

Ionescu, G., *Asupra accepţiunii noţiunilor de psihologie medicală, psihologie clinică, psihopatologie şi psihiatrie*, „Neurologia, Psihiatria, Neurochirurgia", 1971, 16, 3, p. 265—272.

Ionescu, G., *Introducere în psihologia medicală*, Bucureşti, Edit. ştiinţifică, 1973.

Jaspers, K., *Psychopathologie générale* (trad. d'après la troisième édition allemande par A. Kastler et J. Medouse), Paris, F. Alcan, 1929.

Jeammet, Ph., Reynaud, M., Consoli, S., *Psychologie Médicale*, Paris, Masson, 1980.

Kaplan, H. I., Sadock, B. J., *Modern Synopsis of Comprehensive Textbook of Psychiatry*, III, Williams Wilkins, Baltimore, London, 1983,

Kerbikov, O. et al., *Psychiatrie*, Moscou, Ed. Mir, 1972.

Kretschmer, E., *Medizinische Psychologie*, Stuttgart, G. Thieme, 1956.

Lafon, R., *Vocabulaire de Psychopédagogie et de Psychiatrie de l'enfant*, Paris, Press. Univ. France, 1963.

Lagache, D., *Eléments de psychologie médicale*, „*Encyclopédie médico-chirurgicale. Psychiatrie*", 1961, 3, 37030 A[10], p. 1—2.

Lamache, A., Burloud, A., Davost, P. H., *Préliminaires à une psychologie médicale*, Paris, „L'Expansion scientifique française", 1960.

Lebedinski, M. S., Miasiscev, V. N., *Vvedenie v mediţinskuiu psihologhiiu*, Leningrad, Izd. Mediţina, 1966.

Macklin, R., *Problems in the teaching of ethics: pluralism and indoctrination*, în *Ethics Teaching in Higher Education* (D. Callahan, S. Box eds.), New York, Plenum Press, 1980.

Marchais, P., *Prospective des rapports entre la psychologie médicale et la psychiatrie*, „Ann. méd. psychol.," 1969, 127, 2, p. 247—253.

Marchais, P., *Psychiatrie et méthodologie*, Paris, Masson, 1970.

Mayer-Gross, W., Slater, E., Roth, M., *Clinical Psychiatry*, London, Baillière, Tindal-Cassel, 1969.

Miasiscev, V. N., *K Voprosu o znacenii psihologhii dlia mediţinî*, „Jurnal nevropatologhii i psihiatrii imeni S. S. Korsakova", 1971, 71, 6, p. 801—802.

Minkowski, E., *Traité de psychopathologie*, Paris Press-Univ. France, 1966.

Moor, Lise., *Eléments de psychologie mèdicale*, Paris, „L'Expansion Scientifique Française", 1972.

Mowbray, R. M., Rodger, T. F., *Psychology in relation to medicine*, Edinburg, London, E. S. Livingstone Ltd., 1963.

Pichot, P., *Psychologie médicale et psychiatrie*. „Ann. méd. psychol.", 1969, 127, II, 2, p. 233—249

Pièron, H., *Psychologie clinique*, "Vocabulaire de la psychologie", Paris, Press. Univ. France 1963, p. 319.
Poliakov, I. F., *Psihologhia i psihiatria*, „Jurnal nevropatologhii i psihiatrii imeni S. S. Korsakova", 1971, 71, 6, 821—830.
Porot, A., *Psychopathologie, Manuel alphabétique de psychiatrie*, Paris, Press. Univ. France 1965.
Predescu, V., *Psihiatrie*, Bucureşti, Edit. medicală, 1976.
Rausch-Traubenberg, Nina, *Images du psychologue clinicien*, "Bull. psychol." 1968, 270, 21 p. 1015—1019.
Rees, W. L. L., *A Short Textbook of Psychiatry*, London, Sydney, Toronto, Hodder and Stoughton, 1976.
Rubinstein, S. L., *Ispolzovanie eksperimentalnovo metoda dlia izucenia psihopatologiceskih iavlenii*, „Voprosi eskperimentalnoi patopsihologhii", Moskva, Ministerstvo zdravohranenia, 1965, p. 14—41.
Săhleanu, V., Athanasiu, A., *Elemente de psihologie medicală*, Bucureşti, Edit. medicală, 1983.
Schneider, P. B., *Psychologie médicale*, "*Encyclopédie Médico-Chirurgicale. Psychiatrie*, 1967 5, 37032 A , p. 1—12.
Schneider, P. B., *Psychologie médicale*, Paris, Payot, 1969.
Schraml, W. J., *Précis de Psychologie clinique*, Paris, Press. Univ. France, 1973, p. 9.
Shakow, D., *Clinical Psychology*, "Comprehensive Textbook of Psychiatry", III, vol. 3 (H. I. Kaplan et al. eds.), Baltimore, London, Williams-Wilkins, 1980, p. 2990—3000.
Sider, R. C., Clements, C., *Psychiatry's Contribution to Medical Ethics Education*, "Am. J. Psychiat"., 1982, 139, 4, p. 498—501.
Sillamy, N., *Dictionnaire de la psychologie*, Paris, Larousse, 1965.
Sivadon, P., *Traité de psychologie médicale*, Paris, Press. Univ. France, 1973.
Tallent, N., *Clinical Psychological Consultation*, London, Prentice-Hall, Inc., 1963.
Veil, Cl., *Les psychiatres ont-ils vocation à enséigner la psychologie médicale*? „Ann. méd. psychol.", 1969, 127, 2, p. 254—257.
Wallon, H., *Psychologie pathologique*, Paris, Alcan, 1926.
Weisse, K., *Stellung und Function der Psychopathologie*, în : „Sozial-psychiatrie in der sozialistischen Gesellschaft" (B. Schwarz, K. Weise, A. Thom, red.), Veb Georg Thième, Leipzig, 1971, p. 59—89.
Zazzo, R., *Les ambiguités de la notion de Psychologie clinique*, "Bull. psychol.," 1954, 7, 5, p. 314—319.
Zeigarnik, B. V., *Psihologhia i psihiatria*, "Jurnal nevropatologhii i psihiatrii imeni S. S. Korsakova", 1963, 4, p. 609—617.
Zeigarnik, B. V., *Nekatorîe actualnîe problemî patopsihologhii*, „Jurnal nevropatologhii i psihiatrii imenii S. S. Korsakova", 1971, 71, 6, p. 831—834.

ANDRIEŞ C. LUCIAN
Nr 2564
Biblioteca Personală

Capitolul II

CONDIŢIA PSIHOLOGICĂ ÎN MEDICINA CLINICĂ

1. Caracterul tradiţional al relaţiilor dintre psihologie şi medicina clinică ilustrat prin unitatea somatopsihică

Ca ştiinţă a omului aflat în suferinţă, medicina a preconizat întotdeauna necesitatea abordării individuale şi comprehensibile a fiinţei umane; privit iniţial ca un deziderat, acest mod de abordare, prin continuă şi constantă aplicare, a devenit un postulat care a călăuzit gîndirea clinică şi practica medicală de-a lungul întregii sale istorii. Totuşi, deşi istoriografia modernă aduce date privind cunoaşterea corelatelor psihologice ale manifestărilor somatice încă din cele mai vechi timpuri, numai medicina Greciei antice conferă unităţii somatopsihice a bolii şi caracterului unitar al trăirii suferinţei, interpretări şi accepţiuni care pot fi considerate ştiinţifice. Astfel, şcoala din Cos, ale cărei opere sînt atribuite lui Hipocrat, postulează faptul că pentru a cunoaşte corpul omenesc şi tulburările sale trebuie să avem cunoştinţe despre totalitatea cauzelor, iar în vederea realizării unui bilanţ etiologic complet preconizează necesitatea cunoaşterii constituţiei fizice, a organizării psihice, precum şi a mediului fizic şi social al bolnavului. Preconizînd o viziune de ansamblu, integratoare şi dinamică asupra omului bolnav, sub unghiul comprehensiunii sale unitare, şcoala din Cos se opunea concepţiei specifiste a abordării fragmentare promovată de şcoala din Cnidos.

Această opoziţie în abordarea şi înţelegerea omului bolnav, întîlnită la cele două şcoli medicale de prestigiu ale antichităţii, a fost perpetuată de-a lungul secolelor şi cristalizată în concepţii etiopatogenice şi terapeutice diferite care se regăsesc astăzi într-o unitate contradictorie a cărei esenţă dialectică o considerăm pe deplin veridică. Astfel, concepţia comprehensivă şi în fapt materialistă a şcolii din Cos vizează *modul de înţelegere* unitară a bolnavului şi se manifestă în raţionamentul clinicienilor, fiind expresia convingerii lor doctrinare, în timp ce concepţia şcolii din Cnidos a cuprins *modul de abordare*, de investigaţie şi cercetare care impune analiză, abstractizare, aprofundare.

La rîndul ei, medicina antichităţii romane, prin reprezentantul său de frunte, Galen, creatorul tipurilor temperamentale, a demonstrat corelaţia, constant reluată pînă în zilele noastre, între constituţia fizică şi comportament. Astfel, se considera că manifestările psihice, în special cele de ordin pulsional, sînt o consecinţă a combinării în proporţii variabile a celor patru umori fundamentale (sîngele, bila, flegma şi limfa) care, la rîndul lor, prin exces sau insuficienţă, pot tulbura starea psihică. În felul acesta, Galen a exprimat în modul cel mai explicit ideea conform căreia „corpul tinde să fie afectat de stările mentale", fapt pentru care a fost considerat „precursor al doctrinelor psihosomatice" (P. Pichot, 1968, p. 11).

Se constată astfel că medicina antichităţii a sesizat, şi nu rareori a cercetat, implicaţiile psihologice ale bolilor somatice şi prin aceasta a creat premisele relaţiilor dintre psihologie şi medicină. Reţinem totodată faptul că „în perioadele civilizaţiei antice asiro-babiloniene, greceşti şi romane a fost recunoscută importanţa legăturilor psihic-corp, deşi natura acestor relaţii a fost interpretată diferit, în funcţie de variabile culturale" (H. I. Kaplan, 1967, p. 1036). Cu toate aceste interpretări diferite, determinate de structura socială specifică, se poate afirma că antichitatea, recunoscînd unitatea somato-psihică, a promovat o medicină holistică, în care datele psihologice constituiau argumente esenţiale în aprecierea etiopatogenică şi orientarea terapeutică.

Spre deosebire de antichitate în care corelaţiile psihologiei cu medicina erau frecvent atestate, evul mediu nu permite avansarea şi detaşarea unor idei demne de-a fi reţinute de psihologia clinică actuală. Pot fi remarcate însă sublinierile celebrului medic englez Sydenham, denumit „Hipocrate al Angliei", asupra naturii psihice sau organice a unei afecţiuni, care se poate manifesta clinic prin simptome asemănătoare. Totodată, el a insistat asupra etiologiei psihogene a unor afecţiuni, introducînd în medicină doctrina denumită „psihologism".

Ideile lui Sydenham au fost dezvoltate şi în bună parte clarificate de şcoala medicală italiană a secolului 18 care, prin Baglivi, evidenţiază importanţa stărilor emoţionale în etiologia afecţiunilor somatice. Se subliniază astfel că emoţiile nu se instituie numai în concomitenţe ale tulburărilor somatice, ci constituie deseori cauza lor directă, întrucît „este un adevăr evident pentru toţi că o mare parte din boli îşi trag originea din grijile care apasă pe umerii fiecăruia" (Baglivi, cit. P. Pichot, 1968, p. 15).

Interrelaţiile dintre tulburările psihice şi cele somatice au fost exprimate în mod inspirat prin noţiunea de *psihosomatică* lansată de către Heinroth (1818), care căuta să argumenteze „etiologia morală" a bolilor, în general, şi a psihozelor, în particular. Demersul deductiv al influenţei bolilor somatice asupra stării psihice a fost exprimat de către Jacobi (1822) prin termenul de *somatopsihic*. Cu toate că aceste noţiuni au fost larg acceptate şi rapid răspîndite, elementele care vor fundamenta orientarea psihosomatică modernă au fost expuse, cu două decenii mai tîrziu de către Cabanis (1843), în remarcabila sa lucrare *Relaţiile dintre fizic şi moral*.

În ultimele două decenii ale secolului trecut, sînt elaborate studii care pot fi considerate clasice în domeniul relaţiilor dintre psihologie şi medicină, ca şi al relaţiilor dintre tulburările psihice şi cele somatice. Astfel, Fabre (1880) militează pentru a imprima în medicina epocii o gîndire corelativă în sensul analizei şi interpretării relaţiilor dintre tulburările psihice şi funcţiile somatice viscerale întrucît, conform opiniei sale, „se vede că o alterare nervoasă alterează un viscer, iar alterarea funcţionării viscerului perturbă sistemul nervos" (Fabre, cit. P. Silva, 1959, p. 30).

Rolul psihopatogenetic al emoţiilor în etiopatogenia manifestărilor somatice este în mod elocvent prezentat şi argumentat de către Féré (1892) în lucrarea *Patologia emoţiilor*, care este considerată un veritabil tratat de medicină psihologică. Bazat pe un spirit de observaţie particular şi realism clinic surprinzător pentru epoca sa, Féré subliniază faptul că reacţiile şi manifestările somatice, consecutive emoţiilor, sînt asemănătoare cu acelea care rezultă din acţiunea agenţilor fizici; totodată, el menţionează faptul că atît agenţii externi, cît şi reprezentarea lor emo-

ţională pot determina reacţii generale şi locale, variabile în funcţie de condiţiile anterioare ale persoanei.

În ultimul deceniu al secolului trecut, spitalul Salpêtrière din Paris a devenit un centru al studiilor privind relaţiile dintre stările psihice şi manifestările somatice, domeniu în care s-au acumulat observaţii şi s-au elaborat lucrări considerate actualmente clasice. Acest fapt a fost posibil întrucît aici au lucrat, sub conducerea lui Charcot, psihologi şi medici de renume mondial ca M. Bernheim, A. Binet, S. Freud, P. Janet şi alţii, care, plecînd de la studiul somatizării tulburărilor psihice din isterie, au deschis marele capitol al interferenţelor dintre afecţiunile somatice şi tulburările nevrotice. Această împrejurare i-a permis lui S. Freud să elaboreze la Salpêtrière multe din ideile de bază ale psihanalizei, pe care elevii săi au statuat, în secolul nostru, ceea ce putem denumi *psihosomatica psihanalitică*. Astfel, în 1893, S. Freud împreună cu Breuer publică în *Neurologisches Centralblatt* studiul *Asupra mecanismului psihic al fenomenelor isterice*, lucrare programatică a psihanalizei, care postulează existenţa „traumelor psihice" atît de puternic incriminate în patogenia nevrozelor şi a bolilor psihosomatice. Tot aici este prezentat şi *mecanismul abreacţiei*, fenomen de eliminare a elementelor patogenice care condiţionează eficienţa intervenţiei psihoterapeutice, ca şi *mecanismul conversiei*, definit de Freud ca o transpoziţie a sumei de emoţii în corporal, în vederea neutralizării reprezentărilor incompatibile.

Cu toate că *mecanismul conversiei* nu a fost încă elucidat şi acest „salt misterios de la psihic la somatic" (S. Freud) rămîne să fie descifrat, în prima jumătate a secolului nostru s-au adunat numeroase date şi fapte de observaţie clinică, s-au avansat supoziţii şi teorii patogenice privind influenţa factorilor psihotraumatizanţi, frustranţi şi psihostressanţi în apariţia şi evoluţia celor mai multe boli somatice. Într-adevăr, aşa cum se subliniază „în apropierea psihologiei de medicină o mare însemnătate a avut-o studiul reacţiilor psihogene, al nevrozelor, ca şi al bolilor psihosomatice" (V. N. Miasiscev, 1971, p. 802). Prin aceasta, implicaţiile psihologice asupra medicinei clinice au devenit neîndoielnice, ele fiind actualmente supuse studiului prin minuţioase programe ştiinţifice, în fiecare domeniu al bolilor somatice. Astfel de studii se impun, din numeroase considerente, dar mai ales în virtutea faptului că actul medical, deşi ştiinţific în plan teoretic, devine, sub aspect practic, un fapt psihologic. Acest demers, de la medical la psihologic, fără a fi mai puţin ştiinţific, în ciuda caracterului său empiric, constituie o trăsătură constantă a fiecărui act clinic „ce asigură extraordinara unitate a medicinei în toate locurile şi în toate timpurile" (A. Lamache, A. Burloud, P. Davost, 1960, p. 21).

În ultimele decenii implicaţiile psihologice asupra medicinei clinice au devenit axiomatice, rolul psihologiei fiind recunoscut „nu numai în relaţia terapeutică şi în motivaţia de vindecare a pacientului, ci şi în faptul că medicii au devenit conştienţi de existenţa unor factori emoţionali asociaţi cu boala însăşi" (R. M. Goldenson, 1970, p. 763). Acest fapt este acceptat de toate şcolile medicale, întrucît „independent de caracterul specialităţii sale, orice medic care abordează o boală, analizînd particularităţile evoluţiei sale, studiază totodată starea psihică a bolnavului: conştiinţa, dispoziţia, conduita, atitudinea faţă de boală" (O. Kerbikov et al., 1972, p. 6).

În epoca noastră psihologia clinică, bazată pe tradiţiile sale integrative şi înalt-umanitare, pune în centrul preocupărilor sale omul aflat în

suferință, abordîndu-l într-o viziune dinamică și comprehensivă, în istoria dezvoltării psihoindividuale și sociale, din care desprinde semnificații esențiale, care-i permit orientarea realistă asupra stării prezente și perspectivelor sale.

2. Contribuția personologiei la implicarea clinică a psihologiei

Preocupările și studiile din domeniul personalității au cunoscut în ultimele decenii o deosebită amploare, datorită necesității unei viziuni integrative asupra omului în stare de sănătate sau de boală; în plus, studiul personalității s-a dezvoltat și ca o replică asupra analitismului excesiv și interpretării unilaterale și acontextuale a unor funcții sau procese psihice izolate.

Menționăm de asemenea faptul că deși conceptul de personalitate a fost cunoscut încă din antichitate, el a fost folosit inițial de către medici, care au descris „maladii ale personalității", „personalități psihopatice", „dedublarea personalității" etc. De la această abordare inițială a personalității în patologie, s-a trecut la studiul ei în psihologie, cercetările fiind întreprinse însă tot de către medici, și anume de psihiatri, care aveau o mai mare deschidere și un plus de informare asupra problematicii psihologice și sociale. În acest context se subliniază că în special psihopatologiei franceze „îi revine onoarea de a fi pus în psihologie problema personalității și de a fi căutat formule teoretice care să țină seama de manifestările ei normale și morbide" (D. Lagache et al., 1965, p. 4). Plasarea problematicii personalității în centrul preocupărilor din acest domeniu a constituit un punct de vedere larg acceptat, devenind treptat un postulat, prin sublinierea faptului că psihologia clinică „reliefează și delimitează rolul și locul particularităților psihice ale personalității în prevenirea, apariția, evoluția și terapia afecțiunilor, în păstrarea și consolidarea sănătății" (M. S. Lebedinski, V. N. Miasiscev, 1966, p. 5).

Pe de altă parte, în afara legăturilor tradiționale între psihologie și medicină, a rolului imens pe care psihologia îl are nu numai în înțelegerea faptului medical, ci și în desfășurarea actului medical, trebuie amintită aserțiunea conform căreia „originea teoriilor personalității datorează foarte mult profesiei medicale și exigenței practicii medicale" (C. Hall și G. Lindzey, 1957, p. 4). Într-adevăr, făuritorii celor mai interesante teorii ale personalității (P. Janet, S. Freud, C. G. Jung, Mc Dougall, I. P. Pavlov ș.a.) au avut nu numai o instrucție de bază medicală, dar au și practicat în domeniul medical. Chiar dacă prin formația lor primară aceștia (ca și mulți alții) nu au fost psihologi, ei au apreciat faptul psihologic dintr-o nouă perspectivă, ceea ce le-a permis să aducă lumini noi în acest domeniu al medicinii, în care multe din observațiile lor constituie achiziții prețioase, probabil definitive.

Cu toate acestea, psihologia academică, în autoexigența și scrupulozitatea sa, fixată rigid pe anumite poziții teoretizante, nu a manifestat suficientă deschidere asupra acestor opinii ce veneau din afară, din partea unor cercetători care, prin dezinvoltura construcțiilor teoretice, minimalizau aspectele experimentale în favoarea datelor observațional-comportamentale. Pe de altă parte, aceștia, eliberați de perceptele psihologiei tradiționale, dar și de disciplina și rigoarea unor norme și criterii consi-

derate etern valabile şi atotcuprinzătoare, au putut avansa, în domeniul de studiu, desigur inepuizabil, al psihicului uman.

Terenul faptelor psihopatologice a permis cercetătorilor din domeniul personalităţii să formuleze, să caute şi să construiască răspunsuri la unele probleme care, cel puţin sub aspectul practicii şi al necesităţilor imediate, se situează în centrul problematicii antropologice. Desigur, din aceste întrebări nu puteau lipsi acelea cu privire la etiologia şi patogenia diverselor stări şi sindroame psihopatologice, la motivaţiile comportamentului aberant etc.

Spre deosebire de cercetătorii psihologiei clasice, tradiţionale, teoreticienii personalităţii erau mai pragmatici în orientare şi aveau mai mare dezinvoltură în interpretarea fenomenelor observate. Deşi uneori construcţiile lor teoretice asupra structurii psihologice a insului erau doar orientative sau formate din elemente plauzibile şi „apriori inteligibile" (K. Jaspers), ei se bazau în general pe faptele observaţiei cotidiene, înălţînd edificiul teoriei lor pe cărămizile arse în focul experimentului pe care natura îl realiza cu mintea omului.

Bazaţi pe experimentul realizat de boală, teoreticienii personalităţii s-au axat implicit pe aprecierea persoanei în contextul său social şi respectiv relaţional. De fapt, nu numai din perspectiva psihologiei şi a personologiei, ci din însuşi interiorul medicinei şi al practicii medicale se solicită, „în mod manifest, un efort, nu numai material ci şi pe planul ideilor şi reflexiei, în vederea luării în consideraţie a parametrilor legaţi de personalitatea pacientului şi a mediului său" (Ph. Jeammet, M. Reynaud, S. Consoli, 1980, p. 11). Tocmai de aceea, considerăm că studiul personalităţii se dezvoltă atît ca o replică la analitismul excesiv şi la interpretarea unilaterală şi acontextuală asupra unor aspecte, funcţii sau procese psihice, cît şi datorită necesităţii unei viziuni integrative asupra omului, în stare de sănătate sau de boală. Astfel, fiecare teorie a personalităţii pledează, într-o măsură mai mare sau mai mică, pentru *studiul conduitei în context* ceea ce impune, fără îndoială, aprecierea insului sub aspectul *integralităţii* şi al *sintetismului*, aceasta din urmă putînd fi considerată ca o a doua caracteristică a teoriilor personalităţii.

În afara integralităţii şi a sintetismului, teoriile personalităţii mai pun accentul pe aspectul *organizat* al variabilelor insului. Integralitatea, sintetismul şi organizarea se realizează însă într-o manieră singulară, originală, fapt ce conferă *unicitate* insului. Prin jocul potenţialităţilor genetice, achiziţiilor şi influenţelor social-istorice, el este construit şi se autoconstruieşte în lumea sa, ca o entitate unică, indivizibilă, irepetabilă.

Căutînd un model general de structurare şi organizare a insului, teoriile personalităţii îl înalţă pe un piedestal, îi respectă şi-i ilustrează în acelaşi timp caracterul său inedit, originalitatea sa, modul său singular de a fi în lume. Această achiziţie modernă a personologiei nu este deloc străină medicinei, care a ridicat-o la rangul de principiu încă de la începutul existenţei sale, exprimînd-o prin aforismul conform căruia „nu există boli ci numai bolnavi", înţelegînd prin aceasta că, la fiecare, *boala se dezvoltă nu numai în funcţie de natura şi intensitatea agentului patogen, ci şi de reactivitatea biopsihică a insului, de coeficientul de psihogenie pe care acesta îl dezvoltă faţă de agresiunea psihică sau somatică, de experienţa sa patologică, în ultimă instanţă în funcţie de personalitatea sa.*

3. Relaţii interprofesionale în principalele domenii psihomedicale

Contribuţia tot mai importantă a psihologului în clinică a deschis problema raporturilor dintre cele două domenii de activitate, medical şi psihologic, în ultimii ani tot mai frecvent invocate şi mai ştiinţific statuate, ce nu trebuie totuşi confundate cu relaţiile profesionale dintre medici şi psihologi, care sînt mult mai nuanţate. În esenţă, relaţiile dintre cele două profesii, medicală şi psihologică, sînt determinate de natura activităţii fiecăruia, respectiv de caracterul ei „intrinsec" sau „euristic". Astfel, cînd activitatea din cadrul unei profesii are o natură *intrinsecă*, izvorînd din însuşi specificul profesiei, ca de exemplu în medicină, aceasta se află într-o poziţie sigură, ferm delimitată, practic necontestată. Dimpotrivă, cînd natura activităţii are un caracter *euristic*, aşa cum întîlnim în psihologie, profesia respectivă are un statut mai slab conturat, uneori minimalizat sau chiar contestat, conţinutul activităţilor sale fiind mai vag delimitat.

În fapt, relaţiile dintre două profesii decurg din caracterul activităţii lor, care poate fi : a) contributiv, b) complementar sau c) competitiv.

În analiza relaţiilor dintre profesia medicală şi aceea de psiholog, activităţile întîlnite au atît un caracter *contributiv*, ilustrat mai ales în psihiatrie prin demersul investigativ, cît şi un caracter *competitiv*, ilustrat în domeniul terapeutic prin asumarea de către psiholog a rolului de psihoterapeut.

Precizăm faptul că, în general, *caracterul contributiv* ca şi cel *complementar* al activităţilor unei profesii faţă de alta nu determină conflicte semnificative, acestea fiind semnalate numai în cazul activităţilor competitive. Astfel, se consideră că „nu există discuţii cu privire la contribuţia esenţială şi fundamentală a psihologiei la dezvoltarea testării psihologice în general şi a testării diagnostice în special şi, în consecinţă, nu există opoziţie faţă de intrarea acestora în atribuţiile psihologului, ca drept al său profesional" (A. W. Hunt, 1973, p. 1459). Pe de altă parte, se constată o opoziţie a medicilor de a acorda psihologilor dreptul de a pune diagnosticul în domeniul bolilor — nu numai somatice, ci şi psihice — întrucît actul de diagnosticare este, profesional, legal şi tradiţional statuat, „ca o funcţie medicală necesară responsabilităţii medicului faţă de pacient". Astfel, în urma observaţiilor şi investigaţiilor sale, „psihologul poate spune că un pacient se comportă ca un psihotic, dar să-l diagnosticheze ca atare, în scopul unui demers terapeutic sau social, este o funcţie ce aparţine domeniului medical" *(ibidem)*.

În privinţa activităţilor *competitive* care există între medicină şi psihologie, menţionăm că acestea se întîlnesc în psihoterapie. Aici, deşi actul terapeutic se înscrie în responsabilitatea medicului, considerăm că argumentele psihologului de a practica psihoterapia sînt legitime, ele fiind susţinute atît de elevaţia formării sale, cît şi de aspecte principiale privind contribuţia ştiinţei psihologice la elaborarea tehnicilor şi la descifrarea proceselor psihoterapeutice.

Din această perspectivă, a competitivităţii şi complementarităţii profesiei de psiholog clinician faţă de aceea de medic, în ultimii 15 ani au avut loc ample analize asupra „locului pe care-l ocupă psihologul în lumea medicală" (P. B. Schneider, 1969, p. 24). Aceste analize, care trebuie

apreciate drept contribuţii la delimitarea şi consolidarea statutului profesional al psihologului clinician, au fost determinate, şi sînt încă întreţinute de anumite particularităţi ale profesiei de psiholog care se prezintă în plan clinico-antropologic cu investitura mesajului filozofic.

Una din aceste particularităţi constă în faptul că spre deosebire de relaţiile medicului cu alţi specialişti angajaţi în munca de investigaţie, relaţii mediate prin aparate, prin produsele recoltate sau prin rezultate, colaborarea cu psihologul implică relaţii directe, determinate de specificul abordărilor sale, care sînt nemijlocite şi interpersonale. Într-adevăr, analizînd conţinutul activităţilor psihomedicale, constatăm că „specificul colaborării medicului cu psihologul constă în faptul că acesta ia parte, în modul cel mai strîns, la relaţia medic-bolnav. Această muncă tematică se extinde de la stabilirea unei anamneze biografice asupra diagnosticului personalităţii, pînă la diagnosticul nevrozelor şi luarea de anumite măsuri psihoterapeutice şi psihagogice" (H. Kleinsorge, 1967, p. 14).

O altă particularitate a celor două profesii subliniază că „patternul profesional" al psihologilor clinicieni este oarecum asemănător cu acela al medicilor, în general, şi al psihiatrilor, în special. În plus, formarea, abilitarea şi competenţa psihologului clinician în domeniul sănătăţii mintale „îl fac să fie larg folosit în clinici şi spitale... care au nevoie de o cantitate enormă de activitate în domeniul psihologiei medicale" (E. R. Hilgard, R. C. Atkinson, 1967, p. 603).

Această activitate nu se desfăşoară numai în aria investigaţiei, asistenţei, terapiei şi reabilitării, ci şi prin participarea la instanţe decizionale cum sînt comisiile medico-judiciare de stabilire a discernămîntului, a nivelului de responsabilitate sau evaluare a gradului de invaliditate. Valoarea aportului său în aceste domenii a determinat ca „introducerea psihologului în comisiile de expertiză şi în activitatea centrelor de reabilitare să fie recunoscută în toată lumea" (H. Kleinsorge, 1967, p. 18).

Menţionăm totodată faptul că prin eficacitatea contribuţiei sale psihologul clinician s-a dovedit un colaborator necesar nu numai în domenii medicale devenite tradiţionale, ci şi în altele noi, cum este farmacologia, unde testarea efectelor acţiunii farmacodinamice a devenit o activitate inerentă psihologiei clinice. Într-adevăr, aria activităţii profesiei de psigolog clinician este deosebit de vastă, întrucît, „ocupîndu-se atît de adulţi cît şi de copii, psihologii clinicieni sînt angajaţi în toate domeniile dezordinilor mintale şi emoţionale" (R. M. Goldenson, 1970, p. 215), atît în unităţi medicale ambulatorii, cît şi în spitale, în centre ale sănătăţii mentale, precum şi în „instituţii de corecţie, în şcoli şi în tribunale" *(ibidem)*.

Subliniem însă că datorită interferenţei ariilor de activitate cu aceea a medicului, ca şi particularităţilor profesionale asemănătoare „psihologul clinician îşi găseşte cu greu locul...", iar „lipsa de diferenţiere a rolului său este în parte responsabilă de dificultăţile socioprofesionale pe care le are" (Nina Rausch de Traubenberg, 1968, p. 1015).

Fără îndoială că inconsistenţa rolului psihologului clinician în comparaţie cu acela al medicului se datoreşte în primul rînd diferenţelor statutului profesiei de medic faţă de acela al profesiei de psiholog, întrucît, în timp ce medicina se bazează pe o veche tradiţie, psihologia, cunoscută ca o ramură a filozofiei, a pătruns în clinică după o perioadă de cîteva milenii. Datorită acestui fapt, faza iniţială a colaborării psihologului clinician cu medicul „a fost tulburată de prejudecăţi care, de cele mai multe ori, îşi aveau cauza în informarea insuficientă asupra posibilităţilor psiho-

logiei clinice... ceea ce a dus la subaprecierea psihologului şi de aici la subsolicitarea acestuia" (S. Hellmut, 1971, p. 94). Ulterior însă, pe baza analizei similarităţilor şi interferenţelor dintre activitatea psihologului şi a medicului, unii clinicieni (T. Greening şi T. Bugenthal, 1962) au preconizat că dezvoltarea psihologiei clinice ca profesie va fi însoţită de „conflicte interpersonale considerabile". Într-adevăr, după cîţiva ani, datorită acestor factori, cît şi extinderii ariei activităţii psihologilor clinicieni, au fost formulate aserţiuni, desigur hazardate, conform cărora „medicii se tem că în curînd vor fi subminaţi de psihologi"... care „ar reduce pe medici la rolul de simpli sanitari" (R. Misès, M. J. Bailly-Salin, 1968, p. 443). Această tensiune relaţională interprofesională a fost semnalată şi în cadrul echipei terapeutice, unde a fost invocată „o aparentă unitate" şi o „situaţie plină de contradicţii" în care domină „luptele de prestanţă" susceptibile de a genera „o patologie a relaţiilor medic-psiholog în spitalele de psihiatrie" (R. Gentis, 1968, p. 551).

Aceste supoziţii fanteziste, desigur neconfirmate, au fost generate de un anumit impas al medicinei în sfera relaţiilor medic-bolnav. După cum am subliniat şi cu alte ocazii, acest moment de criză a fost determinat de avîntul şi amploarea investigaţiilor medicale, care, prin excesivă tehnicizare, implicau o anumită standardizare soldată cu o minimalizare sau chiar anulare a relaţiei bolnav-medic. Sacrificată de o medicină tehnologistă, relaţia pierdea astfel rezonanţa interpersonală psihologică.

În această situaţie, medicii au fost aceia care au simţit nevoia unui efort de umanizare a relaţiei cu pacientul, de personalizare a actului medical şi de revalorizare a examenului clinic în special. Astfel s-a invocat o contribuţie activă şi efectivă a psihologului în clinică, el fiind apreciat ca un specialist avizat, anticipîndu-se că eficacitatea acţiunilor sale va fi „în dependenţă de o bună colaborare cu medicul" (H. Kleinsorge, 1967, p. 17). Pe de altă parte, s-a emis prezumţia ce s-a dovedit realistă, în virtutea căreia „conlucrarea lor va fi atît în beneficiul medicilor care vor primi marele ajutor al psihologiei practice, cît şi al psihologilor pentru care contactul cu medicina s-a dovedit a fi din cele mai fructuoase" (R. Sarro, J. Germain, 1968, p. 60).

Incert iniţial, statutul profesional al psihologului în clinică este tot mai consolidat, el strutcurîndu-se şi delimitîndu-se treptat. Totuşi, întrucît profesia de psiholog clinician se află într-o continuă dezvoltare, se impune o redefinire continuă a responsabilităţilor şi a modului de îndeplinire a atribuţiilor, pe baza problemelor practice ale activităţii clinice. În acest context, colaborarea dintre medic şi psiholog poate fi considerată ca un „caz privilegiat al utilizării de către ştiinţa aplicată (medicina) a aporturilor unei cunoaşteri ştiinţifice" (G. Daumezon et al., 1968, p. 456) din perspectiva abordărilor psihologice.

În spiritul aprofundării acestei cunoaşteri, trebuie menţionat că o dată cu angajarea efectivă, şi în unele ţări masivă, a psihologilor în clinică, s-a dezvoltat treptat un proces de formare psihologică a medicilor, prin introducerea cursurilor de psihologie în planurile de învăţămînt al facultăţilor de medicină, iar în unele ţări şi în programele de specializare şi perfecţionare a medicilor. Aceste două modalităţi de ameliorare a condiţiei psihologiei în clinică nu sînt exclusive şi nici divergente şi putem afirma că, uneori, aceste linii de formare au devenit tangente, prin specializarea unor medici în psihologie. Numărul redus al acestor cazuri, departe de a rezolva problema, a oferit însă soluţii : medicul-psiholog, absolvent al

unei facultăţi sau secţii speciale din cadrul studiilor medicale, care, prin întreaga sa formare, va fi pregătit să abordeze cu competenţe superioare ampla problematică a bolii şi a sănătăţii mintale.

4. Statutul psihologului în clinică şi în echipa terapeutică

Asistenţa medicală actuală bazată pe o investigaţie şi cunoaştere tot mai aprofundată, extrem de complexă şi diversificată, a impus crearea unei echipe de specialişti care să poată cuprinde amplul evantai al datelor, de la cele biochimice, anatomopatologice şi bioelectrice, la cele clinice şi psihologice. În acest sistem al asistenţei, toate datele şi rezultatele sînt destinate cunoaşterii cît mai precise a procesului morbid, a etiopatogeniei sale, a particularităţilor clinice şi a posibilităţilor terapeutice. Totodată, cunoaşterea cît mai autentică a persoanei care prezintă acest proces, a structurii psihismului său, susceptibil de a condiţiona toate componentele bolii, de la cele etiopatogenice la cele clinico-terapeutice şi evolutiv-prognostice, se înscrie în deziderateul cunoaşterii integrale, comprehensive, totale. Astfel, medicul clinician din unităţile sanitare, ce asigură asistenţă spitalizată, se află în mijlocul unei echipe „constituită din colegii săi, dar şi din reprezentanţi ai unor profesiuni paramedicale" (Ph. Jeammet, M. Reynaud, S. Consoli, 1980, p. 21). În acest cadru, aportul individual, aparent disparat al fiecărui specialist din echipa de asistenţă, este integrat şi sintetizat de către medicul clinician care, asumîndu-şi reponsabilităţile, avansează supoziţiile diagnostice şi întreprinde măsurile terapeutice. Desigur „de calitatea relaţiilor stabilite în interiorul echipei va depinde calitatea schimburilor de informaţii şi în consecinţă calitatea îngrijirilor" *(ibidem)*.

În acest context profesional, psihologul clinician a avut iniţial situaţia unui colaborator-investigator sau explorator care, prin teste şi tehnici specifice, aducea date complementare cunoaşterii clinice, „rezultatele sale fiind integrate datelor medicale" (R. M. Goldenson, 1970, p. 763). Ulterior, s-a constatat însă că numai anumite activităţi ale psihologului-clinician sînt specifice, altele suprapunîndu-se în parte cu acelea ale altor membri ai echipei : este vorba în primul rînd de investigaţia anamnestică, de abordarea psihoterapeutică, şi întrucîtva, de contribuţia sa la supoziţia diagnostică unde activitatea psihologului se întrepătrunde cu aceea a clinicianului. Dacă în patologia somatică aceste probleme sînt discrete, fiind numai schiţate, în domeniul psihiatriei ele sînt mai elocvent invocate. Acest fapt a devenit posibil, întrucît, mai ales în domeniul psihiatriei, „psihologul nu se refugiază la adăpostul probelor... şi stă în puterea lui să cunoască procesul psihopatologic subiacent conduitelor observate" (Hélène Gratiot-Alphandery, 1968, p. 445).

Precizăm însă că, şi în psihiatrie, atribuţiile principalilor membri ai echipei au fost iniţial mai diferenţiate, în sensul că psihiatrul realiza activitatea de asistenţă propriu-zisă, psihologul deţinea sarcina investigaţiei prin teste şi tehnici, iar asistentul social se ocupa de aspectul relaţional, efectuînd investigaţiile în familie şi în mediul profesional. În cadrul echipei, care nu trebuie văzută ca un „conglomerat" de specialişti, fiecăruia revenindu-i atribuţii în funcţie de calificare şi competenţă, s-a considerat în mod postulativ că „medicul este conducătorul prin definiţie şi necon-

testat al procesului complex care tinde spre vindecarea bolnavului" (A. Dosios, S. Alexandru, Valentina Neicu, 1963, p. 41).

Desigur, un punct de vedere asemănător este întîlnit și în alte studii care, referindu-se la ansamblul activității clinice consideră că „responsabilitatea psihologului este limitată, el acționînd aproape întotdeauna ca auxiliar, în timp ce responsabilitatea psihiatrului este tot așa de absolută ca aceea a unui chirurg. El este acela care, pe baza cercetărilor, trebuie să decidă asupra bolnavului său" (M. Balint, Enid Balint, 1966, p. 202). Totuși, analiza situației actuale și a cercetărilor din ultima vreme asupra acestor raporturi ilustrează că aceste puncte de vedere excesive, deosebit de restrictive pentru activitatea psihologului în clinică, s-au atenuat treptat, „psihologii dovedindu-și valoarea lor ca membri ai echipei psihiatrice" (W. Mayer-Gross, E. Slater, M. Roth, 1969, p. 10). Fără a se infirma faptul că „medicul poartă răspunderea pacienților" s-a înregistrat progresiv o continuă aprofundare a muncii în echipă, realizată prin „vizita în comun a bolnavilor, convorbiri diagnostice, efectuarea în comun a terapiei de grup etc." (H. Kleinsorge, 1967, p. 17).

Actualmente, acest grad sporit de integrare al cărei deziderat este o cît mai bună valorizare a contribuției fiecărui membru al echipei a determinat și o anumită estompare a atribuțiilor și responsabilităților, unele dintre ele revenind în mod predominant unuia sau altuia dintre membrii echipei. Astfel, „conducerea de ansamblu a terapiei este, în general, în mîinile psihiatrului datorită pregătirii sale medicale și a recunoașterii sociale și legale a responsabilităților sale în tratament, precum și datorită preocupărilor sale tradiționale asupra acestor probleme... în timp ce rolul principal în examinare revine în general psihologului datorită atît preocupărilor sale speciale în acest domeniu, cît și pregătirii sale în privința investigațiilor" (D. Shakow, 1980, p. 2992).

5. Problematica specifică a psihologului în clinică

Așa cum se constată din analiza sferei și conținutului domeniului, psihologul clinician este regăsit actualmente nu numai în unități medicale și în centre de asistență unde omul se află în suferință, ci și în afara acestor instituții, oriunde el este confruntat cu o situație particulară, într-un impas de existență. În mod concret, „psihologii lucrează în clinici și policlinici psihiatrice, pediatrice, medicale, psihosomatice sau ortopedice, în institute psihoterapeutice sau psihanalitice... în centre de consultații pedagogice, de consiliere familială și conjugală, în centre de consultații pentru adolescenți, pentru toxicomani sau pentru prevenția suicidului" (W. J. Schraml, 1973, p. 9).

Totodată, trebuie menționată consultația psihologică a bolnavului somatic ce tinde să înlocuiască examenul psihiatric datorită prezumției pacientului că psihiatrul are în vedere perturbările net psihopatologice și nu trăirile dramatice determinate de suferințele somatice înscrise în aria preocupărilor psihologiei clinice. Această consultație poate fi inițiată de pacient, în vederea evaluării și ameliorării *status*-ului său emoțional sau a dezadaptărilor din plan comportamental. De cele mai multe ori însă, consultația psihologică este solicitată de medic ce dorește date suplimen-

tare, un plus de certitudine sau o clarificare în privinţa cunoaşterii mai exacte a bolnavului printr-o analiză clinico-psihologică specifică sau investigaţie proiectivă ori psihometrică. În această privinţă, se apreciază că un examen cu ajutorul chestionarului M.M.P.I. (Minnesota Multiphasic Personnality Inventory) „poate fi comparat cu încrederea pe care hematologul o acordă hemogramei sau pe care neurologul o acordă electroencefalogramei" (M. J. Martin, 1980, p. 2040). De asemenea, specialistul în patologia organică solicită examenul de psihologie clinică în situaţiile în care anxietatea şi tensiunea psihică a pacientului împiedică şi întîrzie în mod evident ameliorarea somatică. Totodată, examenul psihologic este oportun în orice manifestare psihofiziologică (respectiv psihosomatică), precum şi în cazurile în care se presupune o conversie somatică, o stare ipohondriacă, o nevroză cenestopată (somatoformă) sau în cazurile atît de frecvente ale depresiilor „mascate" de manifestări somatice.

În acest amplu evantai al funcţiilor şi activităţilor sale, unele sînt desigur esenţiale, în altele el fiind solicitat ocazional, în situaţii conjuncturale. În privinţa activităţilor esenţiale, chestionare aplicate psihologilor clinicieni au evidenţiat că peste 50% din timpul lor de lucru *este consacrat psihoterapiei*, urmată în ordine de *psihodiagnoză*, *evaluare clinică*, *cercetare*, *consiliere*, *socioterapie*, *activitate didactică* etc. Totodată, o revistă a literaturii pe care am efectuat-o asupra acestei probleme, a relevat faptul că primele şapte din „funcţiile specifice" ale psihologilor clinicieni sînt: *psihodiagnoza*, *psihoterapia*, *cercetarea*, *activitatea didactică*, *reabilitarea şi reorientarea profesională*, *activitatea educativă*, *activitatea de selecţie a personalului şi analiza dinamicilor de grup*.

În ceea ce priveşte „principala preocupare" din ansamblul activităţii psihologilor clinicieni, anchetele efectuate ilustrează că aceasta constă din: *evaluarea şi psihodiagnoză* (50%), *psihoterapie* (30%), *cercetare ştiinţifică* (10%), *consiliere* (5%), *terapie de mediu*, *socioterapie* (5%). Exceptînd psihologii care prin specificul locului de muncă şi al profilului unităţii lucrează cu o anumită categorie de pacienţi, se constată că volumul activităţii psihologului clinician privind principalele grupe de vîrstă cuprinde: *adulţi* (58%), *copii* (20%), *adolescenţi* (12%), *bătrîni* (10%). Precizăm totodată că printre primele trei instituţii în care contribuţia psihologului clinician este invocată şi intens socilitată se află *spitalele de psihiatrie*, *spitalele de neurologie* şi *unităţile medicale de reabilitare*.

6. Psihologul ca psihometrician

Aşa cum s-a putut constata prin chestionarele aplicate şi anchetele efectuate, activitatea de psihometrician este considerată ca „principala preocupare" a psihologului clinician, ea reprezentînd jumătate din ansamblul ocupaţiei sale. Într-adevăr, funcţia de psihometrician domină munca psihologului clinician, nu numai prin volumul activităţii, ci şi prin faptul că aceasta îi conferă marca specificităţii. De aceea, se poate sublinia că „la ora actuală, examenul psihometric constituie partea cea mai importantă a intervenţiei psihologului... metoda testelor fiind poate singura datorită căreia specificitatea şi autonomia sa nu sînt contestate" (J. Perse, 1972, p. 112).

Psihologul dispune astăzi de instrumente numeroase, extrem de variate şi riguros validate; el cunoaşte bine valoarea şi limitele testelor

și tehnicilor sale, fiind conștient de faptul că *metoda* pe care o posedă, *deși experimentală prin construcție, este în fond clinică prin aplicație.* Cu toate acestea, „psihologul nu se poate mărgini la aplicarea tehnicilor existente, dar nici nu trebuie să le recuze ca imperfecte, pentru a cădea într-un eclectism prejudiciabil" (G. Daumezon et al., 1968, p. 452).

Cu privire la modul de efectuare al examenului psihologic în clinică, menționăm că el impune un anumit stil de comunicare și de relaționare între psiholog și pacient, întrucît semnificația investigării „traversează raportul cu psihologul și mobilizează o economie afectivă ale cărei investiri complexe depășesc situația circumstanțială a examenului însuși" (P. Fedida, 1968, p. 917). Aceasta, întrucît probele aplicate, ca și întrebările adresate sînt primite de subiect sub un unghi de incidență diferit decît cel prevăzut, atingînd întotdeauna aspecte mai profunde decît zona justificărilor conștiente. Într-adevăr, intervenind pe fondul unei relații, într-un raport interindividual, probele psihologice, în general, și cele proiective, în mod special, determină o rezonanță profundă la nivelul activității inconștiente, modificînd acest raport.

Pentru a reduce cît mai mult posibil perturbarea „economiei afective" și a complexului de motivații ale pacientului este necesar ca desfășurarea examenului psihologic să fie eșalonată pe mai multe ședințe, începîndu-se cu un interviu nondirectiv, continuat în mod directiv, acesta, fiind urmat de aplicarea probelor propriu-zise care îl vor perturba cît mai puțin sub raport afectiv. Prin aceste interviuri preliminare sînt obținute date clinice suplimentre, care, în formularea concluziilor se vor dovedi necesare, întrucît „interpretarea rezultatelor va fi cu atît mai precisă cu cît va cuprinde mai multe date, inclusiv clinice; neglijarea datelor clinice importante în interpretarea unui test fiind la fel de prejudiciabilă, ca și neglijarea datelor psihometrice la nivelul sintezei clinice" (J. Perse, 1972, p. 115).

Mai ales în domeniul psihiatriei, unde raționamentul clinic și diagnosticul depind de criterii calitative, medicul, în virtutea formației sale pozitiviste, a nevoii de exprimare precisă și elocventă, acordă o importanță particulară scorurilor cantitative ale unor aspecte ale personalității. Devine astfel cu atît mai necesar, ca investigația clinică, veritabil demers al explorării comprehensive și globale, „să fie completată cu investigații experimentale" (Ch. Nahoum, 1973, p. 130). În această abordare experimentală, specifică profesiei sale, psihologul trebuie să țină seama de interacțiunea sa cu subiectul și să ia toate precauțiile pentru a asigura validitatea rezultatelor.

Tocmai de aceea, respectînd rigorile cercetării prin experimentul testului, în afara asigurării asupra validității și fiabilității acestuia, psihologul va căuta ca prezența lui să influențeze cît mai puțin posibil rezultatele, recurgînd la trei instanțe de control sau verificare : de preexaminare, de examinare și de postexaminare. *Controlul de preexaminare* este cu atît mai important cu cît psihologul este mai directiv în abordare, el avînd ca scop reducerea variabilelor idiosincratice, susceptibile de-a fi introduse de investigator în actul testării. *Controlul de examinare*, respectiv examinarea propriu-zisă, are ca obiectiv verificarea diferențelor între performanța actuală a pacientului, performanța sa proprie, potențială, și capacitatea sa subiacentă; el are scopul de a evidenția caracterul *reprezentativ* al rezultatului (acesta fiind cel mai bun din cîte pot fi obținute într-o anumită perioadă) sau caracterul său *optim* ce indică apropierea de cele

mai bune rezultate obţinute de pacient înainte de îmbolnăvire. Menţionăm faptul că în timp ce reprezentativitatea rezultatelor poate fi influenţată de factori conjuncturali examinării (efort, interes, încredere, emoţie) sau de anumite simptome ale bolii (durere, febră, cefalee, astenie), optimitatea rezultatelor, mult mai greu de diferenţiat, este modificată de procesul morbid ca atare. *Controlul de postexaminare* corelează performanţele realizate ale persoanei investigate, cu standardul grupului de control sau cu propriul său optimum.

Cu toate aceste pedante precauţii, se subliniază că fără a nega aportul examenului psihometric „aceste investigaţii sînt incapabile, prin însăşi orientarea lor, să epuizeze totul" (E. Minkowski, 1969, p. 240). Considerăm totuşi că aserţiunea nu vizează examenul psihometric în ansamblu, ci numai anumite teste sau probe. Desigur, nici o probă psihologică, indiferent de complexitatea ei, nu este suficient de cuprinzătoare pentru a evidenţia un portret unitar şi caracteristic pacientului investigat.

Pentru a înlătura aceste insuficienţe în practică, se recurge la alcătuirea unui eşalon de teste, a unei *baterii* formate din probe care : — sînt construite în vederea explorării diferitelor funcţii psihice ; — explorează atît aspecte formale, structurale, cît şi aspecte de conţinut ale personalităţii ; — sînt destinate explorării aceleiaşi laturi a personalităţii (probe care „se suprapun") în vederea creşterii gradului reliabilităţii probelor etc. Numai prin aceste procedee tehnice, completate cu examinările clinice, pot fi înlăturate limitele, incongruenţele şi diferenţele diferitelor teste, în vederea obţinerii unor date extensive, integrate şi reliabile. Aceasta cu atît mai mult cu cît, după cum se cunoaşte, „un rezultat nu va fi interpretat în mod intrinsec, absolut, el luînd semnificaţii diferite, după contextul în care este plasat, acest context cuprinzînd ansamblul datelor clinice, ca şi al altor rezultate psihometrice" (J. Perse, 1972, p. 122).

6.1. *Asupra utilităţii datelor psihometrice în clarificarea problematicii clinice.* Utilitatea datelor psihologice şi în special psihometrice asupra ameliorării preciziei şi activităţii examenelor clinice a fost cercetată prin chestionare adresate persoanelor cel mai înalt acreditate sub acest aspect, şi anume profesorilor şi conferenţiarilor de psihiatrie care, în 90% din cazuri au oferit răspunsuri favorabile. Totuşi, particularizînd întrebările, s-a constatat că examenul psihologic nu este la fel de investit şi de înalt cotat în toate laturile activităţii clinice. Astfel, el s-a dovedit mai slab investit de clinician în privinţa utilităţii sale asupra *diagnosticului diferenţial* dintre *nevroză* şi *psihoză* (unde raportul calificărilor bune faţă de cele slabe a fost de 7/13) în timp ce a fost mai bine acreditat în privinţa diferenţierilor dintre *organic* şi *psihogen*, cînd răspunsurile bune şi respectiv slabe au consemnat un raport de 14/6. De asemenea, utilitatea examenului psihologic pentru medicul clinician a fost înalt acreditată sub aspectul *înţelegerii personalităţii pacientului* (raportul aprecierilor bune şi respectiv slabe fiind de 17/3), ca şi în privinţa *ameliorării posibilităţilor prognostice* (raport 15/5).

Menţionăm însă că rezervele medicului asupra utilităţii examenului psihologic în privinţa elucidării problemelor clinice sînt uneori determinate de prezumţii şi convingeri apriorice, izvorîte din observaţii empirice. Astfel, unii medici consideră că testele nu fac decît să confirme, în urma unor demersuri laborioase, datele examenelor clinice, singurele apreciate, ca veridice. De asemenea, întrucît criteriul validităţii testului psihologic este raţionamentul clinic dacă el este bine aplicat şi corect interpretat, rezul-

tatele sale nu pot fi decît identice cu datele constatărilor clinice. De aici conform opiniei lor, examenul psihometric atent efectuat nu poate servi decît ca un argument suplimentar într-un proces deja clasat. Dimpotrivă, dacă examenul psihometric este diferit sau contrazice examenul clinic, faptul este interpretat, de către medicul neavizat, ca o dovadă că testele nu au fost bine alese, nu au fost adecvate cazului sau problemelor date. În sfîrşit, dacă datele investigaţiei psihometrice se menţin la o anumită distanţă faţă de datele clinice, înseamnă că testele nu au fost bine utilizate. În alte cazuri, psihologii minimalizează ei înşişi importanţa şi utilitatea investigaţiei psihometrice axîndu-şi concluziile pe observaţii calitative, pe date clinice sau anamnestice; acestea îi sînt însă familiare psihiatrului, care va subevalua o astfel de contribuţie a psihologului. Fără îndoială însă că aceste situaţii nu apar decît rareori, în condiţiile „unor psihologi prea zeloşi şi fără spirit critic, cu tendinţe spre teoretizare, fapt ce nu poate convinge pe psihiatru, mai ales cînd acesta se bazează exclusiv pe experienţa sa empirică" (W. Böcher, 1968, p. 16). Pentru a se evita însă situaţii ca cele din eventualităţile prezentate, autorul recomandă ca testele să fie aplicate fie de un psihiatru cu o solidă formaţie de bază psihologică şi îndelungată experienţă practică, fie de un psiholog care dovedeşte o bună cunoaştere a problemelor de psihiatrie clinică şi are o bogată informare psihopatologică. Această soluţie nu este întotdeauna posibilă însă, întrucît, prin investigaţie, psihologul trebuie să cunoască, dar *să şi comunice* o informaţie; considerăm că se impune ca el să-şi elaboreze un mod de cotare, prelucrare şi mai ales de raportare a observaţiilor, în funcţie de pregătirea celui care beneficiază de evidenţierea lor.

În legătură cu recomandarea de mai sus privind efectuarea examenului psihometric de către psihiatru, menţionăm că la o anchetă efectuată asupra profesorilor de psihiatrie din Republica Federală Germania, 2/3 dintre ei au declarat că „aplică ei înşişi teste psihologice". Într-adevăr, unii medici, subestimînd aportul psihologului, „preferă să practice ei înşişi, într-un mod oarecum artizanal, unele probe, reintegrate printre tehnicile semiologice psihiatrice (destinate să reliefeze simptome), dezinserate din ansamblul teoretic şi din consideraţiile de etalonare şi validare, fără de care nu înseamnă nimic" (R. Gentis, 1968, p. 550). Aderăm la această opinie, cu atît mai mult cu cît, pentru îndeplinirea cu succes a funcţiei de psihometrician, sînt necesare anumite condiţii care implică atît formarea şi instrumentarea celui în cauză, cît şi aspecte aptitudinale înscrise în structura personalităţii sale.

În privinţa aspectelor aptitudinale menţionăm că psihometricianul trebuie să ilustreze *disponibilităţi relaţionale faţă de cele mai variate categorii profesionale* şi grupuri de vîrstă, nivel de instrucţie sau de educaţie. De asemenea, el trebuie să fie abilitat spre a face faţă abordării şi examinării celor mai variate grupuri de pacienţi psihiatrici, handicapaţi motor sau suferinzi somatici, ilustrînd supleţe şi nuanţare în modul de adaptare a tehnicii de examinare, cît şi de adecvare a conduitei sale.

Psihologul clinician în postura de psihometrician trebuie de asemenea *să se cunoască pe sine* într-o cît mai mare măsură, avînd conştiinţa contradicţiilor, slăbiciunilor şi temerilor proprii; pentru aceasta, pe lîngă demersul autoanalitic, psihologul trebuie să-şi cunoască propriile-i răspunsuri şi rezultate la probele şi testele pe care le foloseşte, spre a nu se alia şi identifica în mod inconştient cu persoanele ce au patternuri psihodiag-

nostice similare și a nu manifesta respingere față de cei care dau răspunsuri opuse față de ale sale. În acest sens preconizăm ca, prin analogie cu procedeul „psihoterapiei didactice", psihologul clinician să se supună unei investigații psihologice, în special proiective dar și psihometrice, analizîndu-și împreună cu colegi competenți și experimentați rezultatele, spre a nu considera în mod subiectiv că propriile-i răspunsuri constituie linia de bază a normalității. Prin acest procedeu, pe care-l denumim de *psihodiagnoză profesională*, psihologul clinician va putea evita descoperirea de elemente patologice în profile de test care sînt diferite de ale sale și nu va ignora aspecte și date din afara normalului, cu care propriile-i răspunsuri manifestă asemănare.

7. Psihologul ca diagnostician

Încercînd o distincție între noțiunea de *psihodiagnostic* și aceea de *diagnostic clinic* sau *nosografic*, constatăm că între ele există diferențe de metodă, de puncte de vedere și de conceptualizare. Creată de Școala de la Freiburg-en-Brisgau, noțiunea de psihodiagnostic desemna inițial mijlocul de explorare a personalității, pentru ca ulterior să ilustreze portretul descriptiv-individual și specific al acesteia, în opoziție cu vreo etichetă psihopatologică sau vocabulă nosografică, inerentă în diagnosticarea clinică. În sens larg, tehnica psihodiagnosticului studiază diferențele interindividuale cu ajutorul unui model metric, utilizînd un anumit număr de dimensiuni, în timp ce diagnosticul nosografic utilizează noțiunile de simptom și sindrom; acestea, deși prezintă un anumit grad de generalizare, găsesc o analogie cu noțiunea de „semn", „factor" sau „trăsătură", din metodologia psihometrică sau proiectivă. Raportînd analiza comparativă la domeniul bolilor mintale se poate considera că „demersul psihologic, ce tinde să descopere diferențe interindividuale de alură cantitativă cu ajutorul dimensiunilor, factorilor și trăsăturilor, trebuie opus demersului psihiatric, ce vizează o regrupare calitativă, în cadre nosografice, care se bazează pe existența corelațiilor între indivizi" (J. Perse, 1972, p. 117). În fapt, spre deosebire de psihodiagnostic, pentru care particularizările sînt esențiale, diagnosticul nosografic, prin însuși conținutul și orientarea sa, anulează caracteristicile individuale, reținîndu-le pe cele generale, care-i permit înscrierea bolnavului într-o clasă sau grupare.

În ceea ce privește responsabilitatea asupra diagnosticului, după cum s-a constatat și din paragrafele anterioare, este recunoscută „contribuția esențială și fundamentală" a psihologului în privința testării și evaluării, dar nu îi este permis actul diagnosticării, acesta fiind considerat un „drept profesional și legal" al medicului. Într-adevăr, actualmente, competența medicului asupra diagnosticului nosografic are un caracter axiomatic.

Cu toate acestea, mai ales în psihiatrie, nu întotdeauna se poate realiza o delimitare și cu atît mai puțin o disjuncție între actele de investigare, evaluare și diagnosticare, pe care le considerăm instanțe ale unui proces unic, ce va reveni, în viitor, aceluia dintre specialiști ce va dovedi competențe superioare. De fapt, situația deficiențelor mintale oferă unul din exemplele conform căruia psihologul este acela care întreprinde atît activitatea de investigare-evaluare, cît și pe aceea de diagnosticare.

Aceasta constituie însă o excepţie pentru că în ansamblu, în raport cu diagnosticul clinic, psihodiagnosticul are o semnificaţie complementară, iar unde este posibil ilustrativă, evitînd formularea nosografic-postulativă. În sprijinul diagnosticului nosografic, psihodiagnosticul, elaborat pe baza analizei clinice şi a rezultatului probelor psihologice, oferă o descriere, ce tinde a fi completă şi detaliată, a caracteristicilor psihice globale, a mecanismelor proprii de apărare, a inconsistenţelor şi distorsiunilor persoanei. Prin aceasta, psihodiagnosticul „oferă date asupra unor caracteristici şi trăsături care nu pot fi relevate de examinarea psihiatrică obişnuită" (D. Shakow, 1980, p. 2993). Tocmai datorită acestor caracteristici, psihodiagnosticul este semnificativ, atît în privinţa opţiunilor terapeutice, cît şi asupra estimărilor prognostice sau a recomandărilor de ordin profesional sau educaţional. În plus, ca tehnică de laborator, examenul psihodiagnostic, în virtutea caracterului său obiectiv şi ştiinţific, „poate fi considerat o confirmare indispensabilă a diagnosticului clinic" (J. Perse, 1972, p. 114). În felul acesta, psihodiagnosticul nu slujeşte unei taxonomii nosografice, ci orientărilor terapeutice specifice. Totodată, evitînd orice etichetare, psihodiagnosticul face o evaluare a stării şi situaţiei psihice prezente, susceptibilă de-a oferi predicţii adaptative, evolutive şi prognostice pertinente.

8. Psihologul ca psihoterapeut

Acreditarea psihologului pentru psihoterapie a constituit, încă de la afirmarea acestui domeniu terapeutic, un subiect de controversă, care, cu argumente tot mai puţin semnificative, se menţine şi astăzi. Aceasta se datoreşte faptului că procesul terapeutic în ansamblu se înscrie în responsabilitatea medicului, în timp ce, prin caracterul şi conţinutul metodelor, psihoterapiile sînt inerente activităţii psihologului. Fără îndoială că la această controversă a contribuit în mare măsură opinia lui S. Freud, care a recomandat atragerea psihologului în activitatea psihoterapeutică, precum şi aserţiunea lui, conform căreia psihoterapia şi psihanaliza, în ansamblu, nu constituie o specialitate a medicinei ci o fracţiune a psihologiei.

În contrast cu S. Freud, numeroşi medici, bazaţi desigur mai ales pe domeniile de aplicabilitate decît pe natura procesului şi conţinutul metodelor, consideră că psihoterapia aparţine medicinei, făcînd parte integrantă din ansamblul activităţii terapeutice. Astfel, încă din perioada de avînt a psihoterapiei care a urmat celui de-al doilea război mondial, ca şi în prezent, unii medici nu au acceptat colaborarea cu psihologul considerîndu-l „un terapeut laic" sau i-au refuzat contribuţia la psihoterapie întrucît, conform opiniei lor, „a încredinţa psihologului o sarcină psihoterapeutică, constituie o eroare" (G. Daumezon et al., 1968, p. 457).

Alţi medici limitează în ansamblu acţiunile psihologului în clinică, inclusiv intervenţia psihoterapeutică, preconizînd că „medicul deţine decizia intervenţiilor, a diagnosticului prezumtiv şi final, a prognosticului şi terapiei şi, odată cu acestea, răspunderea juridică pentru bolnav, în timp ce psihologul clinician preia munca psihodiagnostică şi *parţial* funcţia psihoterapeutică' (H. Kleinsorge, 1967, p. 14).

Este surprinzător să constatăm faptul că asupra acestui aspect „parţial", limitativ, al efectuării psihoterapiei de către psiholog au insistat şi clinicieni cu o mare deschidere pentru psihologie în general, şi pentru

psihoterapie în special, ca J. H. Schultz (1963), în opinia căruia psihologul „poate executa *anumite* tratamente psihoterapeutice și *numai* sub control medical" (*subl. ns.*). În sfîrșit, referindu-se la aceeași problemă, și în special la desfășurarea psihoterapiei în clinică, alți psihiatri adoptă o atitudine conciliantă și conchid că „selecționarea cazurilor trebuie făcută totuși de către medic" (W. Mayer-Gross, E. Slater, M. Roth, 1969, p. 10).

Pe de altă parte însă, aceiași clinicieni care limitează accesul psihologului la efectuarea psihoterapiei recunosc faptul, desigur real, că „lipsa unor instituții de învățămînt în domeniul psihoterapiei, ca și schimbarea diferitelor concepții teoretice în psihoterapie, au determinat menținerea unei distanțe a medicilor față de psihoterapie" (H. Kleinsorge, 1967, p. 15).

O analiză a situației din domeniu evidențiază faptul că această „distanță" se constată și în momentul de față, atît în formația, în disponibilitățile generale, cît și în vocația medicului pentru psihoterapie. Tocmai de aceea considerăm că, în relațiile sale profesionale cu psihologul, medicul trebuie să manifeste nuanțare și reținere spre a nu ajunge „în situația neplăcută de a solicita control asupra unei persoane cu o formație superioară, într-un domeniu în care pregătirea sa este adesea minimă" (A. W. Hunt, 1973, p. 1464). Dealtfel, pe măsura aprofundării cunoașterii clinice, prin diversificarea mijloacelor investigatorii și terapeutice, medicului îi este tot mai greu să cuprindă ampla problematică a asistenței, fiind nevoit să accepte și specialiști din domenii nemedicale, care, prin contribuții specifice, conferă un conținut științific și totodată comprehensiv activității clinice. În acest context, aria acțiunii terapeutice a psihologului clinician, „s-a extins foarte mult în ultimii ani", iar un indiciu al acestei dezvoltări constă în faptul că „există peste 80 de tipuri diferite de tratamente psihologice" (R. M. Goldenson, 1970, p. 217) cărora el, ca psihoterapeut, trebuie să le găsească aplicații oportune și specifice. Într-adevăr, psihologul clinician utilizează nu numai mijloace de investigație variate, ci și metode terapeutice foarte diversificate, iar o bună selecție a acestora va avea drept criteriu, pe lîngă problemele clinice care trebuie tratate, și caracteristicile sale de personalitate care „îl fac să fie mai eficient cu un anumit tip de terapie și cu pacienți dintr-o anumită categorie" (*ibidem*, p. 219). În plus, trebuie adăugat faptul că „tehnicile psihoterapeutice vor căpăta în viitor o mult mai mare importanță decît li se acordă în prezent și pentru această sarcină nimeni nu este mai indicat decît psihologul clinician" (S. Hellmut, 1971, p. 99). Considerăm că această aserțiune a fost, în ultimul deceniu, în mod continuu confirmată, devenind actualmente, nu numai un punct de vedere, ci o atitudine practică pe deplin acreditată.

În aceste condiții, medicul, atît de angajat în ampla problematică a asistenței clinice și în vastul domeniu al terapiilor somatice, nu mai poate cuprinde și controla diversitatea tehnicilor psihoterapeutice. La rîndul său, în funcție de experiența și informația sa, psihologul clinician poate colabora cu medicul în privința abordării terapiilor somatice, mai ales în privința efectelor și eficienței acestora, prin evaluarea rezultatelor terapeutice. Dealtfel, cel puțin în domeniul bolilor psihice, există numeroși clinicieni care consideră că „terapia nu este în exclusivitate o problemă a psihiatrului, ci și a psihologului" (*ibidem*, p. 96).

Subliniem totodată faptul că aria activității terapeutice este actualmente atît de vastă, încît nu mai poate fi cuprinsă de forțele medico-psiho-

logice existente, ceea ce anulează de la sine ,,disputele în probleme de psihoterapie ce tind să umbrească o relaţie care, în esenţă, este mai mult pozitivă (decît negativă) şi să minimalizeze realizările obţinute în cooperare'' (A. W. Hunt, 1973, p. 1463). De fapt, unele foruri administrativ-ştiinţifice ale psihologilor, printre care Asociaţia Americană de Psihologie, recomandă ca psihologul terapeut ,,să stabilească şi să menţină o intercomunicare eficientă cu un medic orientat spre psihologie'', fără ca această colaborare ,,să compromită standardele profesionale ale psihologiei''. La această conduită conciliantă trebuie adăugată şi subliniată aserţiunea conform căreia ,,psihologii pot avea o contribuţie valoroasă şi uneori unică la psihoterapie... ei fiind antrenaţi în mod activ pentru aceasta într-o mare varietate de instituţii medicale'' (Molly Harrower, 1973, p. 1455).

Desigur, acreditarea psihologului pentru psihoterapie se datoreşte în primul rînd formaţiei sale profesionale, ca şi contribuţiei specialităţii pe care o ilustrează, la edificarea tehnicilor psihoterapiei medicale. Aceste atribute inerente nu se dovedesc a fi întotdeauna suficiente, spre a putea practica psihoterapia pe acest tărîm al medicinei, care nu-i este propriu prin tradiţie, dar, pe care, psihologul doreşte să-l cucerească prin formaţie, şi nu rareori prin abnegaţie. Aceasta întrucît, deşi îndreptăţit şi acreditat (prin formare şi instrumentare), psihologul este încă numai ,,acceptat'', uneori cu rezerve, alteori cu condiţia de a fi ,,supravegheat'' de către medic, care, deşi nu beneficiază de atributul formaţiei terapeutice, este învestit ca terapeut prin tradiţie şi legislaţie. În aceste condiţii, admiterea psihologului în practica psihoterapeutică se datoreşte mai mult aspectelor conjuncturale (cererea enormă şi în continuă creştere pentru psihoterapie şi incapacităţii profesiei medicale de a o cuprinde) decît atributelor sale.

Într-o încercare de sinteză privind funcţia terapeutică a psihologului clinician şi oportunitatea participării sale la activitatea de psihoterapie, considerăm că opiniile pot fi înscrise pe un amplu evantai ce cuprinde la o extremă posibilitatea de a efectua psihoterapia ,,numai sub controlul strict al medicilor'', iar la cealaltă ,,autonomia'' completă a psihologului în privinţa terapiilor psihologice. Menţionăm însă că în ultimele două decenii s-a înregistrat o deplasare a opiniilor spre o cît mai mare autonomie a psihologului în activitatea de psihoterapie. Această schimbare în atitudinea medicilor faţă de acceptarea psihologilor în psihoterapie a fost progresivă, iniţial implicită şi informală, iar apoi cu tot mai evidentă statuare profesională, fiind determinată nu numai de formaţia lor, ci şi de competenţa demonstrată, care, deşi privită uneori cu rezerve, nu mai poate fi contestată.

9. Psihologul ca cercetător

Aserţiunea conform căreia ,,cercetarea este aria activităţii psihologului clinician prin care el poate să-şi aducă cea mai importanţă şi necesară contribuţie'' (R. M. Goldenson, 1970, p. 218) a întrunit treptat tot mai multe adeziuni, realizînd actualmente un consens al cărui scop este mai mult intuit, impunîndu-se a fi însă şi argumentat. În această privinţă, a cercetării, contribuţia psihologului clinician se regăseşte în toate ariile activităţii sale, de la cîmpul vast al cauzelor tulburărilor psihice (de la analiza factorilor genetici, heredo-familiali şi psihosociali) la studiul incidenţei şi prevalenţei diverselor condiţii psihopatologice, al reacţiilor insului la boală, al terapiei ca proces şi al evaluării rezultatelor terapiei, pînă

la elaborarea examenelor psihometrice şi validarea instrumentelor investigaţiei sale specifice.

Din acest amplu evantai al preocupărilor sale fără îndoială că investigarea prin teste şi probe psihologice, considerată ca activitate specifică psihologului clinician, oferă acestuia una din cele mai favorabile condiţii de cercetare, întrucît „metoda psihodiagnozei se află între observaţie şi experiment" (D. Shakow, 1980, p. 2993).

Într-adevăr, în raport cu medicii, poziţia psihologilor în cercetarea psihomedicală este superioară, această situaţie fiind determinată atît de programele lor de instrucţie, de formarea şi orientarea aptitudinală, cît şi de conţinutul activităţii lor. Conform opiniei noastre, acest ultim aspect favorizează în cel mai înalt grad activitatea de cercetare în care psihologii ocupă un loc central, consolidîndu-şi o veritabilă consacrare. Acest lucru este posibil întrucît complexitatea extraordinară a domeniului în care-şi desfăşoară activitatea, bogăţia şi noutatea mijloacelor investigatorii, precum şi caracterul inedit al fiecărui caz examinat, conferă psihologului clinician condiţii deosebit de favorabile în activitatea de cercetare.

Datorită faptului că alte grupuri profesionale, ca biologi, biochimişti etc., au adus de-a lungul anilor o contribuţie covîrşitoare la cele mai importante descoperiri medicale, există o tendinţă de minimalizare şi uneori de dezinvestire a medicilor sub raportul activităţii de cercetare. În plan psihomedical, această tendinţă se manifestă nu atît din perspectiva psihologiei clinice, cît mai ales din partea reprezentanţilor psihologiei academice, care consideră că „medicii nu sînt oameni de ştiinţă". Aserţiuni asemănătoare, desigur nefondate şi care nici nu pot fi argumentate, sînt îndreptate şi împotriva psihologilor clinicieni, care la rîndul lor sînt „nemulţumiţi de suspiciunile pe care reprezentanţii psihologiei academice le au faţă de psihologia clinică sub aspectul profesiei şi ca activitate practică" (E. Borden, 1963, p. 3) întrucît aceasta le-ar ştirbi autoritatea ştiinţifică.

Respingînd astfel de afirmaţii hazardate, cu atît mai mult cu cît nu sînt argumentate, constatăm totuşi că spre deosebire de medic, care sub presiunea activităţii practice desfăşoară o muncă strict organizată, şi nu rareori standardizată, psihologul, eliberat în general de problematica şi responsabilitatea asistenţei cotidiene este, desigur, avantajat. La aceasta se adaugă faptul că, deşi dezideratul medicului este de „a trata bolnavul", în fond el luptă cu boala care, în anumite limite, este aceeaşi, numai pacientul fiind întotdeauna altul. De aici decurg avatarurile, virtuţile şi diferenţierile profesionale actuale : medicul practician rămîne, determinat de circumstanţe, la nivelul fenomenal al bolii, în timp ce psihologul abordează de la început omul aflat sub incidenţa suferinţei cu emoţiile, anxietăţile, frustraţiile şi, în general, cu trăirile şi reacţiile pe care boala le dezvoltă. Aceasta conferă psihologului situaţia privilegiată în cercetare unde el nu face, asemenea medicului, un examen, nu acordă o consultaţie, ci întreprinde o investigaţie; el desfăşoară o activitate de explorare, ceea ce îi asigură un statut particular în cercetare.

10. Direcţiile dezvoltării psihologiei clinice în unele ţări din Europa şi America

Importanţa psihologiei în clinică, în mod unanim acceptată, poate fi apreciată după amploarea şi acuitatea cu care este invocată nevoia de cunoaş-

tere psihologică din partea medicului şi de ajutor psihologic din partea bolnavului.

Întrucît orice boală, indiferent de natura sau gravitatea sa, constituie o experienţă negativă particulară, de cele mai multe ori unică şi dramatică, participarea psihică a celui în cauză este profundă şi totală. Dacă reacţia psihologică a pacientului este constantă în orice afecţiune somatică, orientarea medicului asupra stării psihice a pacientului trebuie să comporte o valoare axiomatică.

Importanţa psihologiei în clinică este reliefată însă nu numai de reacţiile psihice faţă de bolile somatice, ci şi de perturbările emoţionale care nu prezintă corespondenţe organice. Numărul acestora ocupă un loc central în activitatea clinică a omnipracticianului, dar şi în aceea a specialistului, întrucît „s-a estimat că 80% din pacienţii care solicită control medical prezintă probleme emoţionale" (N. D. West, 1979, p. 7). De fapt, din punctul de vedere al susţinerii psihologice împărţirea pacienţilor în „organici" şi „funcţionali" are un caracter fastidios întrucît „nu există cazuri organice, psihosomatice sau psihologice şi orice consultaţie creează o relaţie psihologică complexă ce implică de cele mai multe ori o cerere latentă sau un context psihologic, pe care medicul trebuie să-l diagnosticheze" (E. Raimbault, 1964, p. 649).

În faza actuală a evoluţiei ştiinţelor medicale şi antropologice, a dezvoltării gîndirii şi concepţiilor filozofice, cînd există un consens privind unitatea somato-psihică, fenomenele şi stările psihice care însoţesc afecţiunile somatice nu trebuie doar recunoscute, ci se impune a fi investigate şi estimate în fiecare boală şi în fiecare situaţie clinică. Tocmai de aceea, „în momentul de faţă psihologia clinică apare ca una dintre profesiunile majore din domeniul sănătăţii mintale" (S. L. Garfield, 1965, p. 138); totodată, „psihologia clinică reprezintă cel mai mare interes printre psihologii profesionişti de astăzi" (E. R. Hilgard, R. C. Atkinson, 1967, p. 603), fiind în acelaşi timp „cea mai mare specialitate dintre ramurile psihologiei aplicate" (J. Deese, 1967, p. 582).

Revendicarea tot mai acută a ajutorului psihologic în cadrul acţiunilor de asistenţă medicală, dar şi în afara ariilor acestora, se datoreşte creşterii nivelului sociocultural, a calităţii vieţii, în general, dar şi sporirii eficacităţii actului medical şi dezvoltării educaţiei sanitare, în particular. În virtutea acestor considerente „nevoia de ajutor psihologic a bolnavului nu mai trebuie demonstrată, importanţa ei fiind recunoscută de toată lumea" (J. Guyotat, 1967, p. 117).

Ca o consecinţă a acestui fapt, în cele mai multe clinici s-au înfiinţat laboratoare de psihologie, psihologul fiind deseori un membru activ al echipei terapeutice. El se afirmă tot mai mult nu numai în investigaţia psihologică şi în activitatea de asistenţă, dar şi în acţiuni terapeutice specifice sau în evaluarea rezultatelor terapiilor organice. Totodată, prezenţa psihologului în comisiile de evaluare a capacităţii de muncă, de expertiză medico-judiciară sau în cele de *counseling* şi orientare socioprofesională nu mai constituie un deziderat, ci un fapt firesc, absolut necesar şi unanim acceptat. Dacă în activitatea de investigaţie psihologul este solicitat, dacă în munca terapeutică este tolerat, iar în numeroase comisii medicale unanim acceptat, în cercetarea ştiinţifică el ocupă un rol privilegiat; prin formaţia şi instrucţia sa, prin înclinaţiile şi disponibilităţile sale, psihologul se afirmă ca un membru tot mai valoros al echipei de cercetare. În această etapă, postsemiologică, a cunoaşterii medicinei clinice. Toate

acestea au făcut din psihologia clinică „o ştiinţă fundamentală în medicină" (G. Heuyer, 1966, p. 1) sau „o ştiinţă de bază a medicinei" (H. Ey, P. Bernard, Ch. Brisset, 1978, p. 53).

Desigur, dezvoltarea psihologiei clinice şi importanţa care se acordă problematicii psihologice în ansamblul activităţilor clinice sînt diferite de la o ţară la alta şi de la un domeniu clinic la altul.

Această dezvoltare a cunoscut o deosebită amploare după cel de-al doilea război mondial, fiind confruntată cu concepţii diverse, uneori opuse, care însă „exprimau efortul de a formula scopurile medicinei moderne" (P. Pichot, 1968, p. 5). În ansamblul concepţiilor şi doctrinelor care căutau o acreditare în domeniul psihologiei şi medicinei un rol important revine psihanalizei, amplu promovată în unele ţări europene şi mai ales în Statele Unite în anii '50 ai secolului nostru. Cu toate acestea, „este necesar a se evidenţia că transformarea modernă a medicinii nu se datoreşte mişcării psihanalitice, aşa cum se consideră în general, ci unui proces istoric care a cuprins toată cultura contemporană ca reacţie logică faţă de pozitivism" (S. Luza, 1968, p. 122).

De fapt, orientarea umanistă şi deschiderea psihologică a medicinei au avut la bază un factor sociocultural, extramedical, şi un altul medical, profesional. Primul a constat în dezvoltarea sociologiei, a psihologiei sociale, şi în general a ştiinţelor comportamentale care au pătruns în medicină prin intermediul psihiatriei şi al psihologiei medicale. Al doilea factor a izvorît din activitatea clinică tot mai specializată care, beneficiind de mijloace investigatorii perfecţionate, a devenit mai aprofundată, ceea ce i-a permis să evidenţieze un număr tot mai mare de bolnavi care, în ciuda suferinţei autentice, nu prezentau modificări organice. Pentru aceştia se impuneau în primul rînd abordările terapeutice psihologice, medicii clinicieni dezvoltînd progresiv convingerea că, „în afara tratamentelor specifice, există un corp de cunoştinţe a căror însuşire le va permite o manipulare mai ştiinţifică a relaţiilor umane şi prin aceasta le va spori eficacitatea medicală" (P. Pichot, 1968, p. 73).

Psihologia clinică a cunoscut o veche şi valoroasă tradiţie în *Germania* unde s-a ţinut primul curs de „Psihologie medicală" (1845) şi s-a înfiinţat primul Institut de psihologie (de către W. Wundt, în anul 1879) la care adăugăm crearea laboratorului de psihologie în anul 1904 de către E. Kraepelin, la „Clinica de boli nervoase Charité". Prin această bază experimentală şi aplicativă, psihologia a urmat o dezvoltare materialistă ilustrată prin strînsele raporturi cu fiziologia şi ulterior cu psihiatria. Aceeaşi orientare a avut-o şi învăţămîntul psihologic în facultăţile de medicină, a căror programă prevedea, înaintea primului război mondial, cinci ore pe săptămînă de psihologie în anii preclinici, sub acest aspect „psihologia fiind la egalitate cu disciplinele organice, anatomia şi fiziologia" (H. Szewczyk, 1968, p. 3) şi şapte ore pe săptămînă în anii clinici.

În *Republica Democrată Germană*, psihologia clinică a cunoscut două momente de impulsionare, în 1963 şi în 1966, „datorită grijii statului faţă de psihologie", „care a cucerit noi domenii în dezvoltare" (*ibidem*, p. 4). Cu toate acestea, prezentîndu-se aspecte ale colaborării medicului cu psihologul clinician se subliniază că „pătrunderea modului de gîndire al psihologiei şi al psihoterapiei în practica medicală poate găsi o mai mare dezvoltare prin cultura medicală şi printr-o consideraţie mai amănunţită a planurilor de învăţămînt" (H. Kleinsorge, 1967, p. 16), unde, de fapt, psihologia este ilustrată prin cursuri şi seminarii. Sub

aspect practic, activitatea psihologului clinician se desfăşoară în: a) *munca de cercetare*, în care se înscrie studiul cauzelor fundamentale ale bolii, cercetarea psihodiagnostică şi cercetarea psihoterapeutică, b) activitatea din *învăţămînt* şi *educaţie* şi c) *activitatea clinică*, orientată cu predilecţie în sectorul psihodiagnostic şi în sectorul psihoterapeutic. Precizînd că această sistematizare este orientativă şi didactică, se subliniază faptul că „atît cercetarea, cît şi educaţia nu se pot face de la sine, ambele avîndu-şi rădăcinile în practica clinică" (S. Hellmut, 1971, p. 97).

În *Republica Federală Germania*, promovîndu-se o abordare integrativă a bolnavului, se consideră că „un rol particular revine psihologiei, atît în cadrul ştiinţei psihiatrice, cît şi în domeniul diagnosticului şi terapiei în medicină" (W. Böcher, 1968, p. 16). De fapt, rolul *psihologiei în clinică*, estimat prin răspunsurile la unele chestionare adresate profesorilor din clinici, a fost calificat ca „foarte mare" şi „mediu". În ceea ce priveşte importanţa psihologiei pentru medicul clinician s-a subliniat rolul acesteia atît în privinţa diagnosticului, cît şi „sub aspectul ştiinţei pure". Se consideră de asemenea că probele psihologice, şi în special psihometrice, sînt necesare clinicianului în vederea ameliorării preciziei şi obiectivităţii constatărilor sale, o importanţă notabilă acordîndu-se psihologiei în privinţa unei mai bune înţelegeri a personalităţii bolnavului. Dacă în ansamblu se constată o deschidere a medicinei pentru psihologie, nu acelaşi lucru se poate spune despre aceasta în demersurile sale către medicină, întrucît „deşi psihologia a cunoscut în mod indiscutabil în ultimele decenii o dezvoltare ştiinţifică considerabilă, ea nu a manifestat decît puţin interes pentru adevăratele probleme practice ale medicului" (*ibidem*, p. 22). Această situaţie a fost determinată şi timp îndelungat perpetuată de „refuzul unei colaborări interdisciplinare", activitatea psihologului într-o instituţie medicală nefiind posibilă într-o poziţie subordonată. Astfel, în Germania s-a dezvoltat „la numeroşi psihologi o atitudine antimedicală, iar la numeroşi medici o atitudine antipsihologică; medicii credeau că ei cunosc psihologia mai bine prin contactul lor cu viaţa reală, în timp ce psihologii se cantonau în domeniul cercetării filozofice sau experimentale, o convergenţă nefiind decelată decît în ultimii 10—20 de ani" (W. J. Schraml, 1973, p. 10).

În ultimele două decenii, psihologia clinică a cunoscut o amplă dezvoltare în *Franţa*, datorită unor personalităţi de renume mondial printre care se înscriu D. Lagache, considerat „promotorul şi teoreticianul ei" (R. Lafon, 1963, p. 496), A. Lamache şi P. H. Davost care au ţinut primele comunicări de psihologie medicală la Academia de Medicină din Franţa (1953 şi 1954), ultimul inaugurînd primul curs de psihologie clinică la Facultatea de Medicină din Rennes (1958), J. Favez-Boutonier, G. Heuyer, dar mai ales prin contribuţia lui J. Delay şi a lui P. Pichot, medici psihiatri şi totodată psihologi, care au ridicat cele două discipline la cel mai înalt prestigiu ştiinţific. Continuatori ai tradiţiilor şi concepţiilor medico-psihologice promovate de Th. Ribot, A. Binet, P. Janet, G. Dumas şi alţii, J. Delay şi P. Pichot au impus psihologia clinică nu numai în activitatea practică, de asistenţă, ci şi în învăţămîntul medical, statuîndu-i un conţinut specific, bine precizat şi un domeniu clar delimitat. Dealtfel, se consideră că formarea psihologică a medicilor şi învăţămîntul clinic în psihologie constituie în Franţa „o problemă fundamentală", alături de aceea a statutului juridic şi a protecţiei deontologice a profesiei de psiholog clinician. În sfera acesteia

se înscriu cîmpul clinic al medicinei psihosomatice, munca de readaptare și reabilitare, activitatea de investigare prin teste și chestionare. Se precizează însă că demersurile cunoașterii psihologice îmbracă aspecte științifice „care nu se limitează nici la rigoarea aplicațiilor, nici la obiectivitatea elaborărilor statistice" (Nina Rausch de Traubenberg, 1968, p. 1016).

În *Anglia*, psihologia clinică modernă, recunoscută ca specialitate și profesie în cadrul serviciilor de sănătate din anul 1948, s-a dezvoltat în spiritul celei mai stricte accepțiuni a adjectivului, în care cunoașterea individuală, profundă și longitudinală constituia un deziderat. Axată esențialmente pe relația medic-bolnav, psihologia clinică britanică a avut de la început în vedere cei doi poli ai selecției, acordînd disponibilităților relaționale ale medicului aceeași importanță ca și expectațiilor de sprijin psihologic ale bolnavului. Acest punct de vedere, inspirat din studiile de psihologie socială, inițiat și promovat de Școala de la Tavistock Clinic condusă de M. Balint, a devenit o concepție în psihologia clinică actuală, fiind adoptată în majoritatea clinicilor din lume. În ultima vreme însă, psihologia clinică engleză s-a detașat într-o oarecare măsură de concepția lui M. Balint care prezenta un aspect empiric dar de a cărei oportunitate și eficacitate nu ne îndoim, urmînd o linie comportamentistă, preconizată de T. F. Rodger și E. Stengel (profesori de psihiatrie) și R. M. Mowbray și P. R. F. Clarke (profesori de psihologie). Relativ recent, British Psychological Society preconizează ca domeniul psihologiei clinice să cuprindă cinci arii majore. Astfel, menținîndu-se problematica relațională medic-bolnav și a efectelor psihologice ale bolii (preconizate de școala Balint) studiul psihologiei clinice mai cuprinde: — funcțiile psihologice elementare, — psihologia dezvoltării, — psihologia diferențială și — date aferente medicinei din psihologia socială. Totuși, în învățămîntul medical, ca și în activitatea clinică, a fost semnalată o anumită „rezistență la psihologie" determinată de faptul că medicii, ca și profesorii, au fost formați „într-o filozofie a determinismului fizic" care a făcut „din însumarea fundamentelor biochimice sau structurale ale comportamentului normal sau patologic scopul exclusiv al cercetărilor" (P. R. F. Clarke, E. Stengel, 1968, p. 95).

În *Uniunea Sovietică*, psihologia clinică a beneficiat de valoroase tradiții, în special experimentaliste, prin înființarea în ultimele decenii ale secolului trecut a unor laboratoare în principalele spitale de boli neuropsihice, ca și prin introducerea, în aceeași perioadă, a unor cursuri de psihologie pentru studenții facultăților de medicină. Învățămîntul de psihologie medicală din Rusia a fost desigur impulsionat de îndemnurile lui I. M. Secenov care este considerat „nu numai întemeietorul neurofiziologiei ruse, dar și fondatorul psihologiei materialiste" (M. S. Lebedinski, V. N. Miasiscev, 1966, p. 17), ca și de studiile lui V. M. Bechterev care prin cercetările sale asupra reflexelor a încercat să fundamenteze o „psihologie obiectivă" pe care I. P. Pavlov a denumit-o *nervism*. Cu toate că studiile și descoperirile lui Pavlov au intrat definitiv în patrimoniul neurofiziologiei, fiind acreditate cu o valoare științifică excepțională, continuatorii săi „au încercat înlocuirea psihologiei cu reflexologia și mai tîrziu cu studiul activității nervoase superioare... negîndu-se caracterul de-sine-stătător al psihologiei ca știință" (V. N. Miasiscev, 1971, p. 801). Se subliniază de asemenea că deși „aceste tendințe greșite au fost stăvilite, ele s-au reflectat negativ asupra utilizării psihologiei

în practica medicală" *(ibidem)*. Se menţionează că „subaprecierea specificului vieţii psihice, ca un nivel de organizare a activităţii creierului, ca şi tendinţa de reducere a psihicului la procesele activităţii nervoase superioare au avut consecinţe triste, reflectate prin discordanţa fundamentală existentă între psihiatrie şi ştiinţa psihologică contemporană şi prin rămînerea în urmă, neevaluată pînă acum, a categoriilor psihopatologiei generale faţă de poziţiile ştiinţei psihologice contemporane" (I. F. Poliakov, 1971, p. 821).

În ultimii 15 ani însă, odată cu reevaluarea rolului psihologiei în practica medicală, „din anul şcolar 1965/1966 s-a reintrodus un curs de psihologie medicală pentru studenţii facultăţilor de medicină... acest curs jucînd rolul unei propedeutici specifice, faţă de toate disciplinele clinice" (V. M. Banscikov et al., 1967, p. 5). Totodată, s-a impulsionat activitatea psihologică în spitale şi mai ales în clinicile de psihiatrie, menţionîndu-se că, „în prezent, a apărut şi s-a dezvoltat o reţea de cabinete de psihologie medicală în spitalele de psihiatrie din ţară"... în care lucrează „fie absolvenţi ai facultăţilor de psihologie, fie medici psihiatri care au absolvit o pregătire în psihologia patologică" (V. V. Kostikova, 1965, p. 81). În cadrul acestei pregătiri, un rol deosebit de important revine metodelor psihologice de tratament, pentru care este organizat un învăţămînt special prin catedre de psihoterapie în principalele institute de medicină. Scopul formării psihoterapeutice a psihiatrilor şi neurologilor este acela „de a-i pregăti să devină şefi de cabinet psihoterapeutic în dispensare de psihiatrie şi neurologie, ca şi pentru a fi psihoterapeuţi în spitale de psihiatrie sau de neurologie" (V. E. Rojnov, 1968, p. 99). Totodată, este realizată o formare psihoterapeutică a medicilor specialişti, prin organizarea unor unor cicluri de cursuri şi exerciţii practice de psihoterapie, adaptate principalelor domenii clinice : medicină internă, dermatovenerologie, ginecologie, chirurgie, anestezie şi stomatologie.

În *Statele Unite ale Americii*, primele laboratoare de psihologie clinică au apărut în spitalele de psihiatrie „începînd din anul 1894" (D. Shakow, 1980, p. 2990). Principala sarcină a psihologilor clinicieni a fost, iniţial, aceea a examinărilor psihologice prin aplicarea testelor. Această activitate era acreditată cu o mare responsabilitate şi de aceea impunea o calificare specială în domeniu. Ulterior, în anul 1918, psihologilor care aveau această calificare li se acordau „certificate" de către conducerea Asociaţiei psihologilor. O activitate „mai sistematică" în domeniul psihologiei clinice se înregistrează însă din 1931 datorită coordonării realizate prin Secţia de Psihologie clinică din cadrul Asociaţiei Americane de Psihologie. Această secţie „numără acum 3000 de membri, deşi există tot atîţia psihologi care, din diferite motive, nu s-au afiliat; în plus, există 60 de universităţi cu programe de pregătire în psihologia clinică" (S. L. Garfield, 1965, p. 139).

Se apreciază, de asemenea, că în Statele Unite „psihologii clinicieni, împreună cu cei din consiliere, reprezintă 50% din numărul total al psihologilor" (E. R. Hilgard şi R. C. Atkinson, 1967, p. 603). Este de menţionat faptul că psihologii clinicieni nu îşi desfăşoară activitatea numai în domeniul medical, ci şi în diverse instituţii sociale. În privinţa scopului şi activităţii psihologilor clinicieni se apreciază că acestea „s-au lărgit imens în ultimele decenii, cuprinzînd activitatea în agenţii de *child guidance*, spitale de psihiatrie, clinici de sănătate mintală, centre de orientare profesională, instituţii şcolare, servicii pentru studenţi, închisori,

şcoli pentru delincvenţi, spitale generale, spitale specializate, şcoli pentru handicapaţi, agenţii comunitare ce lucrează cu alcoolici, bătrîni, depravaţi etc" (D. Shakow, 1980, p. 2991).

Sub aspectul orientărilor teoretice, dar şi al demersurilor practice, nu trebuie omis faptul că după cel de-al doilea război mondial, „un mare val de entuziasm" a orientat psihologia clinică din Statele Unite spre psihanaliză, numeroşi medici şi psihologi urmînd cariera de psihanalist. În plus, teoria şi practica psihanalitică au dominat şi învăţămîntul psihiatric „neglijîndu-se celelalte ştiinţe fundamentale legate de psihiatrie" (R. J. Stoller, I. N. Mensh, 1968, p. 48). Aceşti exponenţi ai psihologiei clinice americane subliniază însă că „entuziasmul pentru psihanaliză care a culminat cu o decadă în urmă a regresat în ultimii zece ani, paralel cu creşterea anvergurii celorlalte ştiinţe comportamentale, în afară de psihanaliză" *(ibidem)*.

Psihologia clinică a cunoscut o puternică dezvoltare în *Cuba*, unde în ultimele două decenii a parcurs un drum sinuos, de la aspectele psihofiziologice experimentale la cele clinice psihosomatice şi terapeutice. Conform opiniei lui J. A. Bustamante (1967), studiile de psihologie clinică sînt tot mai mult orientate asupra reacţiilor psihologice ale persoanei la agresiunile şi maladiile somatice, ca şi asupra consecinţelor somatice ale stressurilor psihice. Un loc important în cadrul preocupărilor din domeniu îl ocupă interviul de psihologie clinică, problematica relaţiei medic-bolnav şi fenomenul de transfer. Totodată, psihologia clinică abordează fenomenologia psihologică a pacientului din diverse domenii ale medicinei, de la cele medicale la cele chirurgicale, de la cele pediatrice la cele geriatrice. Studiul factorilor iatrogeni, precum şi aspectele generale ale sănătăţii mentale conferă de asemenea conţinut psihologiei clinice şi medicale aflată, în această ţară, într-o fructuoasă dezvoltare.

În *Cehoslovacia*, dezvoltarea psihologiei clinice este considerată ca „promiţătoare dar insuficientă", întrucît asigurarea unei asistenţe medicale cuprinzătoare „necesită servicii psihologice şi aplicarea psihologiei ca parte integrantă a îngrijirii medicale preventive şi curative" (A. Polácek, O. Kondás, J. Pogády, 1968, p. 612). Înscrisă în planurile de învăţămînt ale facultăţilor de medicină din Praga, Brno şi Bratislava, psihologia clinică este argumentată teoretic de necesitatea unei abordări comprehensive a insului, pornindu-se de la faptul că în însăşi definiţia sănătăţii şi a bolii sînt invocate atît condiţii organice, cît şi psihologice şi sociale. Sub aspect practic, psihologia clinică din Cehoslovacia îşi găseşte o largă aplicabilitate atît în domeniul cercetării (fiind axată asupra rolului factorilor psihologici în etiologia diverselor afecţiuni), al investigaţiei psihologice (asupra modificărilor personalităţii insului sub influenţa bolii), cît şi în domeniul psihoterapiilor.

În *Spania*, ignorarea sau minimalizarea problematicii psihologice a medicinei, care a avut loc pînă în ultimele decenii, este apreciată ca „eroarea somatică", actualmente fiind puţini aceia care se îndoiesc că psihologia trebuie să aibă un loc în sînul medicinii" (R. Sarro, J. Germain, 1968, p. 60). În plus, autorii consideră că neglijarea stării psihice a bolnavului vizează însăşi responsabilitatea profesională a medicului. Printre principalele domenii de afirmare a psihologiei clinice din Spania se înscrie cel de investigaţie şi cunoaştere psihologică, de practică psihoterapeutică şi de cercetare ştiinţifică. Totuşi, se precizează că „administrarea

testelor nu este decît un moment dintr-un ciclu operațional și a-l reduce pe psiholog la acesta ar însemna pentru el supliciul lui Tantal" (*ibidem*, p. 64). Psihologul clinician este văzut ca un antropolog, al cărui scop general este studierea și cunoașterea omului, ceea ce implică faptul că în centrul activității sale clinice se situează reacțiile insului la boală, ca și relațiile sale cu cei care-i acordă asistența.

În *Portugalia*, psihologia clinică s-a dezvoltat mai ales după anul 1948, cînd s-au creat laboratoare de psihologie în spitalele de psihiatrie, ca și în serviciile de psihiatrie ale spitalelor generale. În aceeași perioadă s-au organizat „cursuri libere" de Psihologie medicală și de Psihosomatică la Lisabona și la Porto. Sub aspect aplicativ, psihologia a cunoscut o amplă dezvoltare prin organizarea așa-numitor „consultații pentru nevroze" din cadrul clinicilor medicale și chirurgicale. Sub aspect metodologic, spiritul comprehensiv, vizînd „înțelegerea bolnavului ca personalitate în situație" (H. de Barahona-Fernandes, 1968, p. 130), pare să domine activitatea clinică a psihologului. Se consideră, de asemenea, că prin activitatea acestuia, ca și printr-o formare psihologică a medicului, se va putea depăși „unilateralitatea medicinei naturaliste și a scientismului tehnologic" (*ibidem*, p. 129), asigurîndu-se o mai bună cunoaștere nu numai a bolii, ci și a persoanei (*homo patiens*) aflată sub incidența acesteia.

În *Mexic*, activitatea psihologilor din domeniul clinic este coordonată prin „Departamentul de Psihologie Medicală și Sănătate Publică" înființat în anul 1955. Totodată, dezvoltarea psihologiei clinice a beneficiat de „reforma" care a avut loc în cadrul organizării sanitare și a învățămîntului, la baza căreia au stat două postulate: „implantarea învățămîntului psihologic, ceea ce implică includerea studiului persoanei umane în formarea generală a medicului, și necesitatea nu numai de a instrui, ci și de a educa pe studenți" (S. Luza, 1968, p. 111). Prin această deschidere către psihologie se urmărește promovarea unei „medicine umaniste", în cadrul căreia omul să fie abordat „ca totalitate biopsihosocială" (*ibidem*).

Dezvoltarea psihologiei clinice în țările *Americii de Sud* (*Argentina*, *Brazilia*, *Chile*, *Columbia*, *Peru*, *Venezuela*), cunoaște orientări asemănătoare aceleia din Mexic, și anume: — abordarea comprehensivă a bolnavului, — ampla deschidere către medicina psihosomatică și problematica relațională a pacientului, — accentul asupra studiului personalității (în cercetare) și asupra psihoterapiei în activitatea de asistență.

Într-o privire de maximă generalitate asupra situației, direcțiilor și perspectivelor psihologiei clinice, în afara diferențelor inerente și întrucîtva specifice de la o țară la alta, se poate afirma că interesul pentru cunoașterea și asistența psihologică a bolnavului este general manifestat și intens invocat. Totodată, preocuparea medicilor pentru psihologie este dublată de o gîndire psihologică, ce s-a dezvoltat progresiv în activitatea clinică. De asemenea, există o intensă preocupare pentru instruirea și abilitarea medicală a psihologilor, ca și pentru formarea psihologică a medicilor, invocată, iar în cele mai multe țări statuată, ca parte integrantă a pregătirii medicale. Tocmai de aceea, „problema formării psihologice a medicilor este la ordinea zilei și a făcut deja obiectul a multiple studii în Franța, Germania, Statele Unite și mai ales în Anglia" (H. Ey, P. Bernard, Ch. Brisset, 1978, p. 54). În același timp, ținînd seama de posibilitățile obiectiv limitate în pregătirea psihologică a medicilor, ca și în instruirea medicală a psihologilor, actualmente se preconizează

formarea unui nou specialist clinician, „medicul-psiholog", abilitat în asistența tulburărilor și bolilor psihice, ca și cercetării problemelor igienei mentale și „structurii mentale" a insului sănătos și bolnav. Acest specialist, format în cadrul învățămîntului medical, într-o secție de „medicină psihologică", va îmbina formația socioantropologică a psihologului cu viziunea medicală a psihiatrului, beneficiind astfel de o pregătire și competență superioare, necesare atît în privința asistenței specifice, cît și a cercetării din domeniul psihiatriei și al psihologiei clinice.

Bibliografie

Balint, M., Balint, Enid., *Techniques psychothérapeutiques en médecine*, Paris, Payot, 1966.

Banscikov, V. M., Gusikov, V. S., Miagkov, I. F., *Mediţinskaia psihologhiia*, Moskva, Izd. Mediţina, 1967.

Barahona-Fernandès, H. de, *La psychologie dans le curriculum médical*, „Psychologie et Médecine" (red. P. Pichot), Paris, Masson, 1968, p. 125—144.

Böcher, W., *La formation psychologique des étudiants en médecine et la coordination de la psychiatrie et des sciences psychologiques*, în *Psychologie et Médecine* (red. P. Pichot), Paris, Masson, 1968, p. 15—33.

Borden, E., *Clinical psychology at the crossroads*. „Newsltr. Div. Clin. Psychol.", Am. Psychol. Ass., 1963, 16, 2, p. 3—4.

Bustamante, J. A., *Psicologia Medica*, Cuba, Inst. Del Libro, 1967.

Clarke, P. R. F., Stengel, E., *L'enseignement de la psychologie aux étudiants en médecine en Grade--Bretagne*, în *Psychologie et Médecine* (red. P. Pichot), Paris, Masson, 1968, p. 79—96.

Daumezon, G. et al., *Psychologie à l'admission de Sainte Anne (Refléxion sur la collaboration Psychiatres et Psychologues)*, „L'Information Psychiatriques", 1968, 44, 5, p. 449—458.

Deese, J., *Clinical Psychology*, în *General Psychology* (J. Deese ed.), Boston, Allyn and Bacon, 1967, p. 582.

Dosios, A., Alexandru, S., Neicu, Valentina, *Colaborarea medicului cu psihologul în serviciul de psihiatrie (adulţi)*, „Revista de psihologie", 1963, 9, 1, p. 37—49.

Ey, H., Bernard, P., Brisset, Ch., *Manuel de Psychiatrie*, Paris, New York, Barcelone, Milan, Masson, 1978.

Favez-Boutonier, J., *Psychologie clinique et psychologie médicale*, „Ann. méd. psychol.", 1961, 210, p. 321—325.

Fedida, P., *Perception et compréhension clinique en psychologie; instrumentalité et concepts*, „Bull. psychol.", 1968, 270, 21, p. 908—929.

Garfield, S. L., *Handbook of Clinical Psychology* (B. B. Wolman ed.), New York, McGraw-Hill, 1965.

Gentis, R., *Le psychologue à l'asile: étude écologique*, „L'Information Psychiatrique", 1968, 44, 6, p. 549—554.

Goldenson, R. M., *Medical Psychology. The Encyclopedia of Human Behaviour. Psychology, Psychiatry and Mental Health*. New York, Doubleday, 1970.

Gratiot-Alphandéry, Hélène, *Le rôle de psychologue clinicien*, „L'Information Psychiatrique", 1968, 44, 5, p. 445—447.

Greening, T., Bugental, T., *Psychologists in clinics*, „The profession of psychology", New York, Holt, 1962.

Guyotat, J. et al., *Psychiatrie et formation psychologique du médecin*, „Congrès de Psychiatrie et de Neurologie deLangue Française, Dijon, 4—9 Juillet, 1967, Paris, Masson, 1967.

Hall, C., Lindzey, G., *Theories of Personality*, New York, John Wiley, 1957.

Harrower, Molly, *Clinical Psychologists at Work*, în *Handbook of Clinical Psychology* (B. B. Wolman ed.), New York, McGraw Hill, 1973, p. 1443—1458.

Hellmut, S., *Der Psychologie in der modernen Psychiatrie*, în *Sozialpsychiatrie in der sozialistischen Gesellschaft* (red. B. Schwarz, K. Weise, A. Thom), Leipzig, Veb Georg Thième, 1971, p. 93—100.

Heuyer, G., *Vingt leçons de Psychologie Médicale*, Paris, Press. Univ. France, 1966.

Hilgard, E. R., Atkinson, R. C., *Clinical and conseling psychologists*, în *Introduction to psychology*, New York, Harcour, Brace, 1967, p. 603.

Hunt, A. W., *Relations with other Professions*, "Handbook of Clinical Psychology" (ed. B. B. Wolman), New York, McGraw-Hill, 1973, p. 1459—1468.

Ionescu, G., *Introducere în psihologia medicală*, Bucureşti, Edit. ştiinţifică, 1973.

Jeammet, Ph., Reynaud, M., Consoli, S., *Psychologie Médicale*, Paris, Masson, 1980.
Kaplan, H. I., *Psychosomatic Medicine. I. Basic concepts. Comprehensive textbook of Psychiatry* (A. M. Freedman, H. I. Kaplan eds.), Baltimore, Williams-Wilkins, 1967.
Kerbikov, O. et al., *Psychiatrie*, Moscou, Ed. Mir, 1972.
Kleinsorge, H., *Zur Zusammenarbeit zwischen Artz und Klinischen Psychologen*, în *Probleme der Klinisch psychologischen Diagnostik* (red. H. Szewczyk, H. D. Rösler), Berlin, Veb Verlag Volk und Gesundheit, 1967, p. 13—19.
Kostikova, V. V., *O praticeskoi rabote psihologhiia v psihiatriceskoi bolnițe*, „Voprosi exsperimentalnoi patopsihologhii", Ministerstvo-zdravohranenia, Moskva, 1965, p. 81—86.
Lafon, R., *Psychologie clinique*, „Vocabulaire de Psychopédagogie et de Psychiatrie de l'enfant", Paris, Press. Univ. France, 1963.
Lagache, D. et al., *Les modèles de la personnalité*, Paris, Press. Univ. France, 1965.
Lamache, A., Burloud, A., Davost, P. H., *Préliminaires à une psychologie médicale*, Paris, „L'Expansion scientifique française", 1960.
Lebedinski, M. S., Miasiscev, V. N., *Vvedenie v mediținiskuiu psihologhii*, Leningrad, Izd. Medițina, 1966.
Luza, S., *Enseignement de la psychologie aux étudiants en médecine*, în *Psychologie et Médecine* (red. P. Pichot), Paris, Masson, 1968, 109—123.
Martin, M. J., *Psychiatry and Medicine*, în *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, III, vol. 2 (H. I. Kaplan, A. M. Freedman, B. J. Sadock eds.), Baltimore, London, Williams-Wilkins, 1980, p. 2030—2041.
Mayer-Gross, W., Slater, E., Roth, M., *Clinical Psychiatry*, London, Baillière, Tindal-Cassel, 1969.
Miasiscev, V. N., *K voprosu o znacenii psihologhii dlia mediținî*, „Jurnal nevropatologhii i psychiatrii imeni S. S. Korsakova", 1971, 71, 6, p. 801—802.
Minkowski, E., *Les assises d'une psychologie et d'une psychopathologie humaines*, „Ann. Méd. — psychol.", 1969, 127, 2, 2, p. 240—244,
Misés, R., Bailly-Salin, M. J., *La place du psyhologie dans un secteur de néuropsyhiatrie infantile*, „L'Information Psyhiatrique", 1968, 44, 5, p. 437—444.
Nahoum, Ch., *La méthode clinique en psychologie appliquée*, în *Traité de psychologie appliquée*, vol. II (red. M. Reuchlin), Paris, Press. Univ. France, 1973, p. 111—162.
Perse, J., *Collaboration du psychologie au dépistage et au diagnostic des maladies mentales*, în *Traité de psychologie appliquée* (red. M. Reuchlin), Paris, Press. Univ. France, 1972, p. 109—147.
Pichot, P., *Histoire des idées sur l'hystérie*, în *Confrontations Psychiatriques*, Paris, Spécia, 1968, p. 1—28.
Polácek, A., Kondás, O., Pogády, J., *K potrebe rozvoja psychologie v zdravotnickych sluzbach*, „Bratisl. lex. listy", 1968, 49, 6, p. 612—617.
Poliakov, I. F., *Psihologhia i psihiatria*, „Jurnal nevropatologhii i psihiatrii imeni S. S. Korsakova", 1971, 71, 6, p. 821—830.
Predescu, V., Ionescu, G. *Psihologia — dimensiune implicită a medicinei (Raport la prima Consfătuire națională de psihologie medicală*, Cluj, nov. 1971), „Neurologia", 1972, 17, 4, p. 289—298.
Raimbault, E., *Compte rendu de la 11e Conférence Internationale sur la formation psychologique des médecins à la thérapeutique*, „L'Evolution Psychiatrique", 1964, 29, 4, p. 649.
Rausch-Traubenberg, Nina, *Images du psychologue clinicien*, „Bull. Psychol.", 1968, 270, 21, p. 1015—1019.
Rojnov, V. E., *L'enseignement de la psychologie médicale et de la psychothérapie en Union Soviétique*, „Psychologie et Médecine" (red. P. Pichot), Paris, Masson, 1968, p. 97—101.
Sarro, R., Germain, J., *Quelques questions de psychologie médicale*, „Psychologie et Médecine", (red. P. Pichot), Paris, Masson, 1968, 59—68.
Schneider, B. P., *Psychologie médicale*, Paris, Payot, 1969.
Schraml, W. J., *Précis de Psychologie Clinigue*, Paris, Press. Univ. France, 1973.
Schultz, J. H., *Die seelische Krankenbehandlung*, Stuttgart, Fischer, 1963.
Shakow, D., *Clinical Psychology*, în *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, III, vol. 3 (H. I. Kaplan et al. eds.), Baltimore, London, Williams-Wilkins, 1980, p. 2990—3000.
Silva, E. P., *Medicina Psicossomatica*, São Paulo, Ministério da educaçao e cultura, 1959.
Speer, E., *Psychotherapie durch Laien*, „Handbuch der Neurosenlehre Psychotherapie" (red. V. Frankl et al.), München, Berlin, Urban und Schwarzenberg, 1959.
Stoller, R. J., Mensh, I. N., *L'enseignement de la psychiatrie et des sciences psychologiques*, în *Psychologie et Médecine* (red. P. Pichot), Paris, Masson, 1968, p. 47—58.
Szowezyx, H., *Développement de l'état de l'enseignement de la psychologie pour les étudiants en médicine*. „Psychologie et médicine" (red. P. Pichot), Paris, Masson, 1968, p. 1—14.
West, N. D., *Psychiatry in Primary Care Medicine*, Chicago, London, Year Book Medical Publishers, Inc., 1979.

Capitolul III

PSIHOLOGIA CLINICĂ ȘI PERSOANA UMANĂ

Definită ca știință a explorării conduitei omului „în propria sa perspectivă", bazată prin excelență pe observarea și analiza aprofundată a „modurilor de a fi și de a reacționa ale unei ființe umane concrete și complete, integrată într-o situație" (D. Lagache, 1969), *psihologia clinică* nu se reduce totuși la utilizarea metodei clinice, ci tinde să cuprindă „studiul modificărilor psihice în situații concrete și în perspectivă longitudinală ale bolnavilor internați, indiferent de aspectul sau natura afecțiunii lor" (G. Ionescu, 1973), ca ramură a unei discipline mai vaste, *psihologia medicală*.

Pe cînd pentru unii psihologia clinică nu ar fi capabilă să-și desfășoare activitatea independent de psihiatrie, fiind mai degrabă „o componentă auxiliară a acesteia" (W. A. Hunt, 1956), pentru alții ea depășește cadrele psihiatriei și ale psihoterapiei, constituind ghidul analizei și diagnosticului personalității alienate, cît și al instituirii unui tratament adecvat și eficace (H. Meyerhoff, 1959). Sînt însă și autori care, avînd în vedere doar metoda clinică ca atare, aplicată la examenul direct al comportamentelor, la decelarea și sistematizarea caracteristicilor persoanei pacienților, consideră că psihologia clinică „își dilată orizonturile", operînd și dincolo de clinicile medico-psihiatrice, ajungînd pînă acolo încît să se ocupe nu numai de indivizi izolați, ci și de grupurile mici, de comunități etc. (N. Sundberg et al., 1973). Se cuvine în acest caz să subliniem încă o dată că psihologia clinică nu este echivalentă cu metoda clinică care, ca formă de abordare și de cunoaștere proprie inițial în exclusivitate medicinei, a fost adoptată cu timpul și în alte domenii de cercetare legate de om. După părerea noastră, nu atît prioritatea acordată examenului clinic (A. Rey, 1964) caracterizează psihologia clinică, cît aplicarea întregului arsenal de investigație psihologică (de la observație, interviu, chestionar, examen psihosomatic, anchetă socială, pînă la teste, măsurători antropometrice, elaborări statistice etc.) la problematica asistenței medicale, în măsura în care importanța traumelor psihice nu mai poate fi trecută cu vederea nici în diagnosticul bolilor somatice, pacientul nemaifiind pentru medic un simplu „cardiac" sau „hipertensiv", ci o *persoană* care, în anumite împrejurări psihosociale, a devenit cardiacă sau hipertensivă (V. Pavelcu, 1976). În acest sens, cu toate că mulți medici au făcut dintotdeauna psihologie cam în modul în care un cunoscut personaj al lui Molière făcea proză, o serie de medici de o deosebită valoare au devenit conștienți în cel mai înalt grad — chiar și înainte de era „medicinei psihosomatice" — de dimensiunea psihologică a muncii lor și, în consecință, nu numai că au dotat cu valențe noi actul medical însuși, ci au adus contribuții din cele mai originale și esențiale la evoluția psihologiei științifice care, în definitiv, se situează în același context aplicativ cu medicina.

Examinînd, în cele ce urmează, aportul psihologiei clinice la cunoașterea și descifrarea persoanei umane, vom ocoli disputele terminologice alimentate de orgolii de departament sau de propensiunea de a „originaliza cu orice preț noțiunile comune", în felul în care înțeleg de pildă să o facă E. Pamfil și D. Ogodescu (1974) atunci cînd ne propun să concepem persoana ca pe un sistem de prospecție a ceea ce se găsește dincolo de „mască" sau ca fiind „o substituire a fenomenului individual cu un model general semnificativ, cu o lege a celor mulți". Dimpotrivă, în consens cu toate achizițiile nu numai solid argumentate din punct de vedere logic, ci și confirmate de practica cea mai diversă, concepem *persoana* ca ființă concretă în totalitatea dimensiunilor sale biopsihosociale, în care se înscrie noțiunea mai abstractă de personalitate, a cărei tratare nu este posibilă fără a se avea în vedere persoana, fără raportarea acesteia la relațiile sociale din care se naște și se dezvoltă (V. Pavelcu, 1974). În acest sens s-a subliniat, pe bună dreptate, că „adevăratul scop al psihologiei clinice nu este acela de a prevedea ceea ce va face grupul, ci de a prezice ceea ce va face un anumit om", persoana fiind mai mult decît „un punct de intersecție în grafice", „ea este în ea însăși și prin ea însăși un sistem care are propriile sale legi" (G. Allport, 1970).

1. Izvorul clinico-medical al teoriilor personalității

Contrar paradoxalei opinii a lui W. McDougall, că medicina nu ar avea nimic de învățat de la psihologie și nici psihologia de la medicină (cf. H. Ey, P. Bernard, Ch. Brisset, 1974), opinie cu atît mai bizară cu cît autorul ei este și medic și psiholog, realitatea faptelor ne autorizează să vorbim de o simbioză medicină-psihologie, astăzi perfect legitimată.

Cum s-a remarcat nu o dată, originea teoriilor personalității datorează extrem de mult medicinei, cerințelor practicii medicale (C. S. Hall, G. Lindzey, 1957). De la Hipocrat și Galenus, la J.-P. G. Cabanis, E. Kraepelin, P. Janet, S. Freud, M. Prince, C.-G. Jung, A. Mayer, E. Kretschmer, L. Corman, E. D. Wiersma etc., medicina a determinat stăruitor o abordare atotcuprinzătoare a omului, exigențele diagnosticului și al tratamentului obligînd la investigarea persoanei pacientului sub toate aspectele, atît somatice, cît și psihice, inclusiv pe planul relațiilor micro și macrosociale, într-o viziune integrativă, sintetică. Așa cum se afirmă, cu referire la unii dintre autorii menționați deși „prin formația lor primară, aceștia nu au fost psihologi, ei au apreciat faptul psihologic dintr-o nouă perspectivă, ceea ce le-a permis să aducă lumini noi în acest domeniu — psihologic — al medicinei, în care multe din observațiile lor constituie achiziții prețioase, probabil definitive" (G. Ionescu, 1973).

Totodată, această nouă perspectivă, clinico-psihologică, pe lîngă valoarea sa euristică, permite degajarea unui anumit număr de tipuri morbide care întruchipează „forme" de caractere mai mult sau mai puțin bine definite. Interpretarea caută să explice geneza acestor tipuri morbide fie printr-o constituție nativă, în general consubstanțială cu un temperament, fie prin influențele sociale, care cristalizează în complexe reacționale o anumită stare a relațiilor între individ și grupurile cărora le aparține, fie că se identifică cu acestea, fie că li se opune. Cu alte cuvinte, diagnosticului clinic de tip caracterial, bazat pe semiologia cla-

sică, trebuie să-i succeadă o încercare de interpretare care să distingă „contribuţia care revine în geneza acestui caracter, eredităţii şi elementelor dobîndite ontogenetic, influenţelor biologice şi sociologice, constituţiei şi instituţiilor sociale" (J. Delay, 1953).

Punctul de plecare al studiilor de psihologie clinică îl constituie constatarea etern valabilă a lui Hipocrat, potrivit căreia nu există boli, ci numai bolnavi. Datele clinice acumulate de milenii demonstrează clar că fiecare individ suportă unul şi acelaşi traumatism sau aceeaşi infecţie în mod diferit, în funcţie de ansamblul particularităţilor fizice, genetice, psihice, de condiţiile sociale, într-un cuvînt de formula personalităţii sale. S-a conturat treptat concluzia că pentru prescrierea şi administrarea unui remediu eficient nu este suficientă definirea maladiei (descoperirea agentului patogen, a cauzei endogene sau exogene a unei devieri de caracter, ori a unei dezorganizări mai profunde a structurii psihice etc.), cerîndu-se în egală măsură definită persoana bolnavului, în trăsăturile ei cele mai caracteristice, care îşi pun inevitabil amprenta pe configuraţia şi evoluţia bolii. S-a cristalizat totodată ideea că medicul nu este pur şi simplu un „inginer al corpului", ci un factor de intervenţie complexă, *inclus el însuşi în medicaţie* prin totalitatea demersurilor pe care le întreprinde, iar aceasta nu numai în sfera restrînsă a psihoterapeuticii.

Necesitatea cunoaşterii adecvate a personalităţii bolnavilor s-a impus însă cu atît mai mult în cazul dereglărilor şi maladiilor psihice propriu-zise. În măsura în care medicina în ansamblul ei devine din ce în ce mai individualizată, avînd a ţine seama tot mai mult de „istoria personală" a fiecăruia, psihologia medicală (alias *clinică*) nu poate studia situaţiile patogene şi pe cele curative „decît cunoscînd structura în care se integrează mai mult sau mai puţin armonios istoria individuală şi situaţiile, adică personalitatea" (P. Sivadon, 1973). Pe de altă parte, însuşi domeniul psihiatriei este reprezentat de studiul „tulburărilor personalităţii însăşi, ţinînd seama de alterarea instrumentelor anatomice de care se serveşte personalitatea" (H. Barük, 1959). În aceste condiţii, indiferent de concepţia generală, este firesc ca medicina să fi acordat o atenţie aparte cercetărilor de ordin personologic, după cum tot atît de firesc este ca psihologia să recurgă la mijloacele medicinei ca să aprofundeze propriul său obiect de studiu.

Deşi n-a fost medic, Th. Ribot, protagonistul „metodei psihopatologice", şi-a îndemnat permanent discipolii să studieze medicina ca sursă de cunoştinţe absolut necesare descifrării fenomenului personalităţii. Dealtfel, Th. Ribot s-a numărat printre cei dintîi care, beneficiind de datele oferite de patologie, a schiţat o teorie monistă a personalităţii, de o valoare ce se confirmă şi astăzi. Sub acest unghi, el subliniază faptul că „organismul şi creierul, reprezentanţa sa supremă, constituie personalitatea reală, conţinînd într-însa resturile a tot ce am fost şi posibilităţile a tot ce vom fi. Întreg caracterul individual este înscris aici cu toate aptitudinile sale active şi pasive, cu simpatiile şi antipatiile, cu virtuţile şi viciile, torpoarea sau activismul său. Ceea ce străbate pînă la conştiinţă este puţin în comparaţie cu ceea ce rămîne ascuns, deşi în stare activă. Personalitatea conştientă nu este niciodată decît o mică parte a personalităţii fizice" (Th. Ribot, 1921).

Trecînd prin aceeaşi şcoală franceză iniţiată de Esquirol şi J. M. Charcot, ale cărui demonstraţii epocale la spitalul de boli nervoase Salpêtrière din Paris au fecundat multiple direcţii de investigaţie psihologică şi de practică psihiatrică, medicul vienez S. Freud a elaborat, în etape,

o teorie a personalității minuțios fundamentată pe observația clinică, cu care astăzi se confruntă cele mai multe teorii personologice. Viabilitatea concepției freudiene se explică prin baza ei materialistă, prin optica sistemică structuralistă și dialectică în același timp, cît și prin deschiderea spre dimensiunea socială specifică omului, deși accentul este pus în special pe realitatea biologică, iar în cadrul acesteia pe funcția reproductivă și pe latura erotică. Fapt este că S. Freud, prin descoperirile sale autentice, rezistă chiar și comparației cu I. P. Pavlov, fiziologul care a dat atît medicinei cît și psihologiei o bază pragmatică modernă, cu neputință de subapreciat (H. K. Wells, 1956).

Căutînd să determine natura teoriilor personalității așa cum apare aceasta în lumina studiilor de psihopatologie, studiile din domeniu arată că cel mai frecvent s-a încercat construirea unor modele totale, reprezentarea personalității patologice în întregul ei, avîndu-se în vedere în mod simultan simptomele care o definesc, mecanismele care duc la formarea simptomelor și cauzele care stau la originea lor. Utilizînd, pentru descrierea personalității, unități elementare sau simtome, psihopatologia recurge, spre a le grupa rațional, la două procedee, ce corespund unor modele matematice distincte :

— *Modelul simptomatic*, din care rezultă definirea unei ierarhii de simptome din ce în ce mai generale (fapt ce corespunde modelului factorial).

— *Modelul sindromic*, aproape specific domeniului patologic, fiind un model „botanic" în sensul acelora concepute de medicul, psihologul și botanistul Boissier de Sauvages, care le sistematiza după tipicul speciilor vegetale (ceea ce corespunde modelului tipologic al lui R. Cattell).

În afară de modelele „descriptive", P. Pichot distinge modele „patogenice" și „etiologice". În ceea ce privește „modelele patogenice" de personalitate, conform opiniei lui P. Pichot, se pot pune în evidență, patru orientări teoretice :

A) *Dinamismul teleologic al personalității*, pe care a încercat să-l fundamenteze Georg Ernst Stahl, în *Theoria Medica Vera* (1707), care ipostazia o concepție metafizică și pietistă, nu lipsită de unele idei valabile regăsite mai apoi la Cl. Bernard, W. Cannon și H. Selye.

B) *Concepția ierarhică a personalității*, care culminează cu teoria de provenienței spenceriană a lui H. Jackson. Evoluția, spune neurologul englez, urmează un curs ascendent, de la centrii nervoși inferiori, cei mai simpli, cei mai automatizați și mai bine organizați, la centrii nervoși superiori, cei mai complicați, supuși voinței, dar în același timp mai puțin organizați. Disoluția urmează în mod firesc o cale inversă. Din cele de mai sus decurg alte două principii : a) vulnerabilitatea mai mare a centrilor superiori, care cedează primii „atacului", și b) persistența unui anumit palier al evoluției, cu cît mai simplu cu atît mai organizat. Modelul jacksonian își va găsi continuatori de talia unor Th. Ribot, von Monakow, R. Mourgue și H. Ey.

C) *Modelul neurologic al personalității*, al cărui prototip îl aflăm la Cabanis și care, la Fr. J. Gall și J. C. Spurzheim îmbracă ideea unei corespondențe morfologice între personalitate și creier, dezvoltată ulterior în concepția izomorfismului între structura personalității și a sistemului nervos, ceea ce, bineînțeles, justifică necesitatea cercetărilor neurologice și biologice în psihiatrie ca dealtfel și în alte domenii ale medicinei (și nu numai aici, adăugăm noi).

D) *Heterogeneitatea modelului psihopatologic în raport cu modelul personalității normale*, direcție în care se merge pînă acolo încît se admite o deosebire calitativă între structura și mecanismele personalității normale în comparație cu anumite personalități patologice (W. Dilthey, K. Jaspers).

Aflați în fața celui mai complex și nuanțat fenomen al existenței universale, greu de sesizat și de descris în esența sa, oamenii de știință au emis ipoteze și teorii din cele mai diferite, uneori de-a dreptul opuse și contradictorii, după ce s-a dat prioritate unora sau altora din multitudinea aspectelor, teoriilor personalității existente. O sistematizare cu caracter mai mult sau mai puțin exhaustiv, pe baza criteriilor avute în vedere de autori, a realizat G. Ionescu (1973) și ea poate fi consultată cu folos pentru orice informare generală. Nu vom încheia însă acest paragraf fără a releva faptul că viziunea medicală asupra problemei personalității a determinat fixarea unor jaloane esențiale în soluționarea corectă a acesteia, și anume :

a) *Unitatea indisolubilă dintre psihic și organic*, dintre spiritual și corporal în sensul că nimic din ceea ce ține de personalitate nu se concepe a avea o existență *sine materia*, situată în plan transcendental, rațiune pentru care se introduce termenul dialectic de *corp psihic*, ceea ce „reprezintă organizarea care se edifică în și prin corp, spre a pune în relație organismul cu mediul său, spre a se constitui ca mediu al ființei față de mediul din afară" (H. Ey, P. Bernard, Ch. Brisset, 1974).

b) *Dezvoltarea personalității parcurge stadii succesive, strîns legate de maturizarea substratului organic și în strictă dependență de inserția treptată a individului în complexul de relații sociale date.* Procesul este reliefat cu pregnanță de H. S. Sullivan (1953), care definește personalitatea drept o „structură relativ stabilă a relațiilor interpersonale recurente ce caracterizează viața omului".

c) *Trăsăturile (variabilele) cardinale ale personalității se formează în primii ani de viață*, fapt asupra căruia a atras atenția în mod deosebit S. Freud. După 30 de ani de investigație medicală și psihologică, el va declara, numai în aparență paradoxal, că obiectul cercetării psihanalitice este prin excelență copilul (S. Freud, 1925). Această precizare a permis să se tragă mai tîrziu concluzia că „inconștientul este format conform concepției freudiene, îndeosebi din reminiscențele conștiinței infantile" (Ch. Baudouin, 1964).

d) Demonstrarea rolului eredității în structurarea cît și *în dezechilibrarea* și *disoluția personalității*, importanță deosebită în acest sens avînd caracteristicile genetice ale creierului și sistemului nervos, ale sistemului de glande endocrine și ale metabolismului. Fără a admite teoria extremistă a lui L. Szondi, care consideră că toate manifestările normale sau patologice ale vieții mentale corespund unor gene fie dominante, fie recesive, legile ereditare au putut fi verificate în anumite afecțiuni neuropsihice familiale cum ar fi epilepsia mioclonică, unele idioții amaurotice, unele forme de surdo-mutitate, coreea Huntington, psihoza maniaco-depresivă, schizofrenia și altele (G. Heuyer, 1966).

e) *Structurarea „corpului psihic" are loc potrivit unei ecuații personale, dar și în limitele unor tipare mai largi, tipurile*, sarcina tipologiei fiind aceea de „a descoperi tipurile existente în natură" și de „a defini în ce măsură un individ dat aparține unuia din tipurile cunoscute", crearea de tipuri fictive fiind lipsită de interes practic (R. Cattell, 1956).

f) *Descoperirea polarității introversiune-extraversiune*, ca expresi a „ritmului vital" al omului; din această perspectivă, în cazul predomi nării unuia din mecanisme „apare un tip, adică o atitudine obișnuit în care domină continuu unul din mecanisme, fără a-l înnăbuși totuș complet pe celălalt care, și el, aparține activității psihice" (C. G. Jung 1958).

2. Analiza cazurilor psihiatrice ca mijloc de descriere a tipurilor de personalitate

Personalitatea se constituie ca o configurație unică de caracteristici individuale, ca o structură solid articulată, unitară, stabilă și în același timp dinamică, avînd atributele unui sistem superdezvoltat, capabil nu numai de adaptări ingenioase, ci, la exemplarele superioare de invenție și creație.

Fenomenul este atît de complex încît unii cercetători se și întreabă dacă încercarea de a-l reduce la modele teoretice sau la tipuri nu eșuează în simple construcții artificiale. Tocmai de aceea, se subliniază că personalitatea nu poate fi „băgată în aceeași oală cu tipul" (C. T. Morgan, 1961), fiind invitați să o considerăm mai degrabă ca o arie de investigație decît ca o entitate, reală sau ipotetică (I. Sarason, 1966). Cu toate acestea, psihologi situați pe poziții mai puțin exclusiviste sfîrșesc prin a recunoaște importanța tipologiilor în cunoașterea persoanei umane, chiar și o „idee preconcepută" referitoare la tipurile de orice fel constituind „o bună ipoteză de lucru" (G. Allport, 1970). Așa cum s-a demonstrat, „noțiunea de tip este un instrument construit de spiritul omenesc în efortul său de a sesiza infinita diversitate a indivizilor" (J. Nuttin, 1971).

Oricare ar fi obiecțiile posibil de formulat, tipologiile umane, generate de necesitățile practicii, au astăzi utilitatea lor nu numai în clinică, ci și în viața de toate zilele, deoarece simplificările metodologice, reprezentările schematice și gruparea în categorii generale (clasificarea) ne permit să surprindem și să aprofundăm particularul, adică ceea ce este mult mai complex și uneori imposibil de redus la tipare. Orientarea oamenilor în practica curentă a relațiilor interpersonale depinde de astfel de încadrări și sistematizări care, chiar dacă nu au caracterul explicit și riguros al investigației științifice, îndeplinesc o funcție absolut necesară, ca să nu mai vorbim de exigențele venite din partea orientării și selecției profesionale, ale politicii de cadre etc., domenii care reclamă demersuri de maximă responsabilitate în acest sens.

La noțiunea de tip de personalitate s-a ajuns în mod treptat, prin analiza laborioasă a cazurilor de patologie mentală în clinicile de psihiatrie. Cel dintîi care a descoperit și a descris o bifurcare fundamentală în domeniul psihozelor, opunînd așa-zisa demență precoce psihozei maniaco-depresive, a fost psihiatrul E. Kraepelin. El a evidențiat în acest fel existența a cel puțin două structuri de personalitate distincte, ireductibile una la alta. Această clasificare a oferit, atît din punct de vedere teoretic, cît și practic, importantul avantaj de a fi făcut posibilă prognoza într-un mare număr de cazuri similare (E. Bleuler, 1950).

P. Janet stabilește și el o dihotomie în ceea ce privește nevrozele, distingînd o categorie predispusă la isterie și o alta predispusă la psihastenie. Mai tîrziu, W. McDougall (1926), regîndind pe alte coordonate tipologia stabilită de C. Jung, va confirma realitatea a două mari cate-

gorii în care se pot clasifica cele mai multe cazuri morbide: prima cuprinde stările isterice sau disociative, iar cea de-a doua stările neurastenice și anxietatea. Apartenența la una sau alta din aceste două clase pare a fi determinată de constituția nativă a individului, persoanele cu temperament extravertit fiind predispuse la dereglările de tip isteric, sau disociativ pe cînd cele cu temperament intravertit sînt predispuse la dereglările de tip neurastenic.

Așa cum s-a subliniat, aceste clasificări dihotomice timpurii ale psihozelor funcționale și ale psihonevrozelor, laolaltă cu acceptarea generală în psihiatrie a distincției între factorii predispozanți și declanșatori ai bolilor mentale, au dus la căutarea acelor caracteristici ale personalității care pot fi socotite ca predispunînd individul la dezvoltarea uneia sau alteia dintre psihozele sau psihonevrozele majore. În felul acesta a început cercetarea trăsăturilor care ar defini două presupuse tipuri de personalitate prepsihotică și prepsihonevrotică. În decursul anilor, ca un rezultat al acestui interes „a fost schițată o lungă serie de tipuri de personalitate, temperamente, tipuri somatice și trăsături de personalitate dihotomice" (J. V. Hunt, 1945).

Dacă prioritatea în analiza cazurilor psihiatrice a apărut pe terenul simptomatologiei din nevoia de a găsi un cadru de referință cît mai sigur pentru precizarea diagnosticului, cu timpul în clinica psihiatrică s-a impus o preocupare aparte pentru studierea tipurilor de personalitate ca atare, prin aceasta afirmîndu-se un interes de ordin preponderent psihologic. În această direcție E. Kretschmer va proceda în explorările sale la organizarea unei așa-numite „scheme de constituție" (în care include fața și craniul, structura corpului, tegumentele, glande și viscere, măsurători, date cronologice, trecerea în revistă a stării corpului, tip de personalitate, ereditate), pe care o utilizează dnpă un protocol propriu metodei clinice: „Avem în fața noastră bolnavul în poziție ortostatică, dezbrăcat în plină lumina zilei, și completăm chestionarul imprimat, punct cu punct, subliniind cu creionul roșu fiecare definiție aleasă ca fiind cea mai corespunzătoare cazului dat" (E. Kretschmer, 1955). Ulterior, E. Kretschmer întreprinde cercetări de o factură tot mai psihologică, ceea ce duce la amplificarea datelor inițiale, la regruparea lor, la stabilirea de noi raporturi. În urma studierii sistematice a unui eșantion de 4000 de cazuri E. Kretschmer descrie următoarele tipuri de personalitate, denumite și biotipuri:

a) *Tipul leptosom (astenic) sau schizotim*, caracterizat prin predominarea dimensiunilor verticale, trunchi cilindric, alungit, torace îngust, umeri apropiați, capul mic, oval, nasul lung și ascuțit, profil unghiular, piele de obicei palidă, trăsături eunucoide, oferind pe plan psihologic trei subtipuri: *hiperestezic* (iritabil, idealist, delicat, interiorizat), *intermediar* (rece, energic, sistematic, alură aristocratică) și *anestezic* (rece, nervos, solitar, indolent, obtuz, inaccesibil pasiunilor).

b) *Tipul atletic* (vîscos), caracterizat printr-o formă piramidală a trunchiului, cu baza mare în sus, o bună dezvoltare a scheletului osos, a musculaturii și epidermei, alură impozantă; caracteristicile psihologice sînt neglijate.

c) *Tipul picnic (ciclotim)*, scund, îndesat, predomină dimensiuni orizontale, cu expansiunea anumitor cavități viscerale (craniu, torace, abdomen), sistem osteomuscular firav, aparat locomotor gracil, fața rotundă, tenul fin, tendință de acumulări adipoase; pe plan psihologic

se descriu subtipurile : *hipomaniac* (vesel, mobil), *sintonic* (realist, practic, umorist lipsit de malițiozitate) și *greoi* (pasivitate, submisie, extraversie).

d) *Tipul displastic*, caracterizat prin malformații corporale; ca și cel atletic, a fost prea puțin definit sub raport psihologic.

Bazat pe materialul clinic adunat, pe anumite corelații de ordin statistic, E. Kretschmer trage concluzia că există o afinitate biologică foarte marcată între structura tipului picnic și dispoziția psihică a bolnavilor de psihoză maniaco-depresivă, între structura astenică, atletică și displastică și dispoziția psihică a schizofrenicilor; dimpotrivă, conform opiniei lui E. Kretschmer, nu există nici o corelație între tipul picnic și bolnavii de schizofrenie, pe de o parte, între tipurile astenic, atletic și displastic și bolnavii de psihoză maniaco-depresivă, pe de altă parte.

Deși handicapat de lipsa unei statistici sofisticate, pe care ar fi putut-o utiliza pentru o prelucrare mai precisă a datelor faptice de care dispunea, „testele propuse de E. Kretschmer în scopul măsurării diferitelor trăsături care caracterizează, în concepția sa, schizotimul și respectiv ciclotimul, prezintă maximum de interes și importanță și sînt capabile să servească investigației complete cu ajutorul unor metode pur statistice și experimentale" (H. J. Eysenck, 1971).

Beneficiind de condițiile unui reputat centru neuro-psihiatric, H. J. Eysenck a cercetat, cu ajutorul analizei factoriale, circa 10 000 de subiecți nevrotici și normali și a defrișat noi domenii în organizarea ierarhică a personalității, prezentînd sub formă de tabel sinoptic principalele tipologii dihotomice :

Tipuri psihotice	*Autorul*
Maniaco-depresiv/Demență precoce	(Kraepelin, 1899)
Sinton/Schizofrenic	(Bleuler, 1926)
Tipuri nevrotice	
Isteric/Psihastenic	(Janet, 1894)
Isteric/Neurastenic	(McDougall, 1926)
Tipuri de personalitate	
Extravertit/Intravertit	(Jung, 1925)
Obiectiv/Subiectiv	(Binet, 1900)
Stenic/Astenic	(Burt, 1937)
Ciclotim/Schizotim	(Kretschmer, 1926)
Extratensiv/Intratensiv	(Rorschach, 1940)
Entuziast/Melancolic	(Cattell, 1933)
Inhibat/Excitat	(Pavlov, 1941)
Exploziv/Obstructiv	(James, 1890)
Superficial-larg/Profund-îngust	(Gross, 1900)
Sintopic/Idiotopic	(Wertheimer et al., 1926)
B — tip/G — tip	(Jaensch, 1923)
Pozitiv (sociabil)/Negativ (retras)	(Holt, 1931)
Viscerotonic/Cerebrotonic	(Sheldon, 1942)
Maniac/Melancolic	(Heymans etc., 1903)
Trăsături de personalitate	
Sugestibilitate/Nesugestibilitate	(Babinski, 1918)
Funcțiuni secundare de scurtă durată/Funcțiuni secundare de lungă durată	(Gross, 1902)
Volubilitate/Nevolubilitate	(Cattell, 1933)
Disociere/Anxietate	(McDougall, 1926)

Imagine eidetică plastică/Imagine eidetică rigidă	(Jaensch, 1928)
Atitudine-culoare/Atitudine-formă	(Schall, 1927)
Neperseverenţă/Perseverenţă	(Spearman, 1927)
Oscilaţii lente/Oscilaţii rapide	(McDougall, 1926)
Aptitudini de sinteză/Aptitudini de abstractizare	(Kretschmer, 1926)
Neglijent/Îngrijit	(Downey, 1923)
Ritm personal lent/Ritm personal rapid	(Kretschmer, 1926)
Lipsă de insistenţă/Insistenţă	(Downey, 1923)
Ascendenţă/Supunere	(Allport, 1928)
Sociabilitate/Nesociabilitate	(Guilford, 1936)
Expansivitate/Rezervă	(Guilford, 1936)

Tipuri constituţionale

Digestiv/Respiro-cerebral	(Rostan, 1928)
Simpaticotonic/Vagotonic	(Eppinger, 1917)
Megalosplanchnic/Microsplanchnic	(Viola, 1933)
Picnic/Leptosom	(Kretschmer, 1926)
Endomorf/Ectomorf	(Sheldon, 1940)

Întocmind tabelul de mai sus, autorul a ţinut să sublinieze că, în ciuda similitudinilor manifeste, între aceste tipologii există diferenţe profunde, a căror interpretare divergentă a dus la mari confuzii, pe care el se angajează să le risipească printr-o „anchetă obiectivă", care să repună în drepturile sale specificitatea în adaptarea afectivă şi conativă a fiinţelor umane, contra generalităţii (H. J. Eysenck, 1950).

Ulterior, trecînd în revistă rezultatele obţinute de diferiţi psihologi care au utilizat analiza factorială în investigarea personalităţii, Eysenck distinge o anumită convergenţă a acestora şi le găseşte compatibile, în ansamblu, cu factorii propuşi de el. Conform opiniei sale, factorii cei mai generali, în raport cu care trebuie situat fiecare individ şi îndeosebi fiecare bolnav, sînt introversiunea-extraversiunea şi neuroticismul. Factorul bipolar *introversiune-extraversiune* corespunde în domeniul psihopatologic unei dimensiuni care merge de la simpla „distimie" pînă la isterie. Persoanele care se situează la polul „introversiune", de exemplu, se opun celor situate la polul „extraversiune" prin trăsături ca anxietate, depresie, iritabilitate, tendinţe obsesionale, nesociabilitate, timiditate, inteligenţă superioară, atitudine negativă faţă de glumă. În ce priveşte factorul *neuroticism* (sau *nevrozism*), acesta ia valori medii diferite dacă se compară grupuri de persoane bolnave şi grupuri de persoane normale.

Pentru depistarea cazurilor psihiatrice, H. J. Eysenck propune patru teste : o probă de acuitate vizuală în condiţiile luminii slabe, o probă de sugestibilitate, un test Rorschach cu alegere multiplă şi un chestionar. Distingînd în organizarea ierarhică a personalităţii patru niveluri, H. J. Eysenck va prefera totuşi să opereze mai degrabă cu trăsături decît cu tipuri.

Folosirea noţiunii de tip de către H. J. Eysenck ar fi însă „deosebit de regretabilă", putînd să ducă la o confuzie între acele „dimensiuni ale personalităţii care sînt factorii şi eventualele particularităţi observate într-o distribuţie pluridimensională care corespunde în mod obişnuit noţiunii de tip" (M. Reuchlin, 1974). Menţionăm însă că M. Reuchlin se numără printre puţinii cercetători care preconizează excluderea din terminologia psihologică atît a termenului de tip cît şi a aceluia de personalitate, poziţie exprimată mai clar în manualul său de psihologie din 1977, mai ales printr-o voită ignorare a problematicii acestor domenii de cercetare care însă nu ni se pare convingătoare, dacă este să luăm în

considerare numai argumentele invocate de el. Chiar dacă nu am dispune decît de așa-zisele *tipuri ideale*, opuse *tipurilor empirice*, utilitatea acestora nu ar fi de neglijat, deoarece, cum el însuși a recunoscut anterior, „acestea sînt modele, scheme edificate pe baze raționale și care au... un rol de instrumente conceptuale, ajutîndu-l pe psiholog să înțeleagă fiecare individ concret" (M. Reuchlin, 1974).

3. Elemente și criterii în edificarea teoriilor personalității și a tipologiilor

Trecînd în revistă teoriile personalității, C. S. Hall și G. Lindzey (1957) afirmă că personalitatea constă în mod concret dintr-o serie de valori sau de termeni descriptivi utilizați în vederea caracterizării individului studiat, potrivit cu variabilele sau dimensiunile care ocupă un loc central în teoria dată. În fapt, edificarea teoriilor personalității și a tipologiilor se bazează în general pe definirea, corelarea și interpretarea de aspecte morfologice, fiziologice și psihologice. Unii autori pun însă accentul, în mod unilateral, doar pe unele dintre acestea, considerînd probabil că simplificările sînt mai logice decît intricațiile complexității reale.

O tipologie în care pe primul plan se află aspectele morfologice este aceea a lui W. H. Sheldon, care pornește de la teza că psihologia are drept sarcină identificarea și măsurarea componentelor elementare sau primare ale diversității umane, stabilirea unei *taxonomii*, a unor cadre de referință suficient de largi ca să cuprindă cea mai mare parte a elementelor care îi diferențiază pe oameni. Considerînd că fizicul și temperamentul (nivelul static și nivelul dinamic al personalității) reprezintă două laturi ale aceleiași realități, W. H. Sheldon este surprins că în trecut nu s-a făcut îndeajuns legătura între structura somatică a omului și stilul comportamentului său (W. H. Sheldon, S. S. Stevens, 1942). Adoptînd în completare și un criteriu embriologic, în funcție de predominarea unora sau altora din țesuturile care derivă din foițele embrionare, W. H. Sheldon descrie următoarele tipuri somatice (somatotipuri):

a) *Tipul endomorf*, la care predomină țesuturile dezvoltate din endoderm, se caracterizează prin expansivitatea trunchiului față de extremități și a diametrului bazinului față de diametrele centurii scapulo-humerale. Dezvoltării corporale predominant interne îi corespunde pe plan psihologic un profil *viscerotonic*: savurarea atitudinilor de relaxare, de confort fiziologic, reacții încete, hedonism, sociofilie, toleranță, automulțumire, gamă restrînsă de manifestări emoționale, comunicare facială, extraversie în eventualitatea patologică, înclinație spre *psihoza maniaco-depresivă*.

b) *Tipul mezomorf*, la care predomină țesuturile osos și muscular, se caracterizează prin expansivitatea extremităților față de trunchi, a diametrelor centurii scapulo-humerale față de acelea ale bazinului. Dezvoltării corporale echilibrate îi corespunde pe plan psihologic un profil *somatotonic*: atitudine energică, siguranță de sine, combativitate, agresivitate competitivă, maniere grobiene, gustul riscului, înfățișare generală de maturitate, în eventualitate patologică, înclinație spre *paranoia*, spre *delincvență*.

c) *Tipul ectomorf*, la care predomină țesutul nervos, se caracterizează prin expansivitatea membrelor în raport cu trunchiul și a craniului

în raport cu masivul facial. Dezvoltării corporale predominant externe îi corespunde pe plan psihologic un profil *cerebrotonic* : atitudine reţinută şi expresivitate, reacţii prompte, sociofobie, preferinţă pentru intimitate şi linişte, înfăţişare infantilă, în eventualitate patologică, înclinaţie spre *schizofrenie*.

Tipologii întemeiate în mod preponderent pe aspecte morfologice au elaborat : C. Viola (brachitip, mediotip, longitip), N. Pende (brevilin, mediu, longilin), Cl. Sigaud (respirator, cerebral, muscular, digestiv) şi mulţi alţii.

Luînd drept criteriu de bază proprietăţile fiziologice ale proceselor nervoase fundamentale, ca urmare a studierii experimentale a nevrozelor în condiţii de laborator a animalelor şi oamenilor I. P. Pavlov stabileşte patru constelaţii tipice, pe baza celor trei însuşiri (intensitatea, echilibrul, mobilitatea) ale excitaţiei şi inhibiţiei :

a) *Tipul puternic neechilibrat-excitabil (coleric)*, caracterizat printr-o rezistenţă deosebită la efort, capacitate de afirmare energică, momente de elan debordant, neastîmpăr, impulsivitate, nerăbdare, tendinţă spre superficialitate, incapacitatea stăpînirii de sine, independenţă în acţiuni, înclinaţie spre neconformism, trecere rapidă de la o dispoziţie psihică la alta (evoluţie ciclică a vieţii afective), risipă de forţe, continuă alarmă interioară.

b) *Tipul puternic echilibrat-mobil (sanguin)*, capabil de concentrare maximă şi de activitate intensă, chiar în condiţii nefavorabile, se adaptează uşor la împrejurări inedite, abordează cu curaj dificultăţile, suportă fără „crize" eşecurile, spirit de iniţiativă, ştie să aştepte, să se autodomine, impresionabil, stabilitate a dispoziţiilor afective, optimism.

c) *Tipul puternic echilibrat-inert (flegmatic)*, caracterizat prin calm, stăpînire de sine, activitate sistematică, disciplină, răbdare, rezistenţă la efort, perseverenţă, tendinţă de tergiversare, de conservatism, greu impresionabil, stabilitate afectivă, capabil de ataşament durabil.

d) *Tipul slab (melancolic)*, caracterizat prin tonus scăzut al activităţii, fatigabilitate pronunţată, panică în faţa dificultăţilor, răbdare în realizarea de lucruri care nu cer consum mare de energie, concentrare asupra detaliilor, renunţare la luptă, înclinaţie spre izolare şi dezolare.

I. P. Pavlov atrage în mod deosebit atenţia că în viaţa de toate zilele nu se pot pune în evidenţă „tipuri pure", ci tipuri intermediare, mixte, în care trăsăturile se amestecă, se interferează, ca o dovadă, că „genotipul" este copleşit, în decursul existenţei individuale, de „fenotip".

Ulterior, în funcţie de corelaţia funcţională a celor două sisteme de semnalizare sînt descrise *tipuri specifice pentru om*. În descrierea acestor tipuri I. P. Pavlov subliniază că „viaţa indică în mod evident existenţa a două categorii de oameni : *artişti* şi *gînditori*. Între aceste tipuri există o diferenţă pronunţată : cei dintîi sînt artiştii de toate genurile : scriitori, muzicieni, pictori etc. ; ei îmbrăţişează în mod complet realitatea vie, fără nici o fragmentare, fără nici o disjuncţie ; ceilalţi, gînditorii, o fragmentează şi, în felul acesta, o ucid întrucîtva, făcînd din ea temporar un schelet şi abia după aceea adună din nou, treptat, componentele ei şi caută să le redea astfel viaţa, fără a reuşi însă în mod deplin" (I. P. Pavlov, 1953). La acestea se adaugă *tipul mediu*, la care activitatea primului şi a celui de-al doilea sistem de semnalizare realizează un echilibru armonios.

Dintre tipologiile psihofiziologice, o atenţie aparte suscită aceea elaborată de olandezii G. Heymans şi E. D. Wiersma, pe baza datelor recoltate cu ajutorul a 3 000 de medici care, îndrumaţi de un chestionar amănunţit, au supus cercetării metodice membrii a tot atîtea familii. Punînd în corelaţie trei factori degajaţi pe baza cercetărilor şi prelucrării statistice (nivelul de activitate, nivelul de emotivitate şi raportul dintre orientarea spre trecut sau prezent) se scot în evidenţă opt tipuri : *amorf* (nonemotiv — nonactiv — primar, NNP), *apatic* (nonemotiv — nonactiv — secundar, NNS), *nervos* (emotiv — nonactiv — primar, ENP), *sentimental* (emotiv — nonactiv — secundar, ENS), *coleric* (emotiv — activ — primar, EAP), *pasionat* (emotiv — activ — secundar, EAS), *sanguin* (nonemotiv — activ — primar, NAP) şi *flegmatic* (nonemotiv — activ — secundar, NAS), care au fost mai tîrziu reluate, verificate, revizuite şi completate în special de şcoala caracterologică franceză (R. Le Senne, G. Berger, R. Mucchielli).

O personologie structurală şi sistemică, fundamentată pe o amplă şi diversă observaţie clinică, este aceea propusă de *psihanaliză*. Concepută ca un sistem de instanţe aflate atît în interdependenţă cît şi în conflict *(sinele, eul, supraeul)*, în viziunea lui S. Freud personalitatea acoperă întreaga realitate biosocială a individului, inclusiv dimensiunile sale filogenetice, reliefînd pe de o parte un teren de evoluţie pozitivă, pe de alţa posibilităţi de distorsiune şi disoluţie. Clasificarea tipurilor psihologice normale este întemeiată pe modul de manifestare a libidoului, înţeles ca „forţa cu care se manifestă instinctul sexual". Se descriu trei tipuri de bază care, „marcate de predominarea de necontestat a unei singure instanţe psihice, par să aibă şanse sporite de a se manifesta ca structuri caracteriale pure" (S. Freud, 1931) :

a) *Tipul erotic*, instinctual şi genital, al cărui interes principal este *erosul*, fiind caracterizat în special de dorinţa de a fi iubit, de unde dependenţa de alţii ; *eul* exercită un control relativ asupra vieţii instinctive, unde predomină trebuinţele libidinale şi agresive, lipsite de stabilitate ; *supraeul* este prea puţin coercitiv.

b) *Tipul obsesional*, la care predomină *supraeul*, relativ izolat de *eu*, instaurînd o dependenţă internă, tiranică ; aservire faţă de exigenţele conştiinţei morale, condiţie în care *eul* cîştigă în stabilitate şi încredere în propriile forţe.

c) *Tipul narcisic*, la care *eul*, aflat în faţa unui *supraeu* şi a unui *sine* (inconştientul) de o accentuată clemenţă, este centrat pe autoconservare ; se impune în realitatea exterioară prin independenţă, atît faţă de eros şi agresivitate, cît şi faţă de obiectele acestora.

Pe baza tipologiei freudiene au fost elaborate variante mai complexe întrucît „aceste tipuri se combină între ele şi realizează tipuri mixte, mai apropiate atît de experienţa obişnuită cît şi de cea clinică" (S. Nacht, 1969) :

a) *Tipul erotico-obsesiv*, la care supraeul reduce influenţa sinelui, accentuînd dependenţa faţă de obiectele actuale şi infantile de aplicare a libidoului.

b) *Tipul erotico-narcisic*, la care forţa eului o modelează pe aceea a sinelui, agresivitatea şi activitatea acomodîndu-se cu narcisismul.

c) *Tipul obsesiv-narcisic*, la care eul şi supraeul se temperează reciproc, narcisismul şi conştiinţa întărind eficienţa acţiunii.

d) *Tipul erotico-obsesiv-narcisic*, care reprezintă „norma absolută, armonia ideală".

Tot psihologică este şi tipologia, azi unanim acceptată, a lui C. G. Jung care, pornind de la observaţia că între schizofrenie şi isterie există deosebiri evidente (istericul manifestă o sensibilitate exagerată faţă de lumea exterioară, pe cînd schizofrenicul arată o indiferenţă totală faţă de aceasta), a ajuns la concluzia că oamenii pot fi repartizaţi în două clase fundamentale :

a) *Tipul extravertit*, orientat spre lumea externă, sociabil, preocupări practice, realist, activ, expansiv, accesibil, dorinţă de succes, tendinţă de desconsiderare a eşecurilor, nu se autoanalizează, spirit autocritic deficitar, nu se cunoaşte suficient pe sine, este la largul său cînd are de-a face cu materia.

b) *Tipul intravertit*, orientat spre lumea sa interioară, greu abordabil, inapt pentru viaţa socială, preferă singurătatea, absorbit de sine, egoist, suspicios, pedant, perfecţionist, sensibil la critică şi înclinat spre autocunoaştere şi autocritică, iubeşte meditaţia, cît şi reveria.

Divergenţa dihotomiei este moderată de faptul că „orice fiinţă umană posedă ambele mecanisme, atît pe acela al extraversiunii, cît şi pe acela al introversiunii ; numai predominanţa relativă a unuia sau altuia determină tipul" (C. G. Jung, 1958).

Ne-am oprit, în mod ilustrativ, numai asupra principalelor teorii ale personalităţii şi tipologii, al căror inventar complet nu poate însă prezenta vreun interes major nici măcar pentru o cercetare istorică, oricît de erudită s-ar voi aceasta.

4. Persoana umană sub unghiul destructurării şi dezorganizării psihice

S-a făcut de mult observaţia că psihicul uman este organizat ca atomii sau ca sistemele cosmice, reprezentînd constelaţii de forţe care vibrează continuu sub dependenţa mutuală a puterilor lor de atracţie şi că orice fază şi modalitate de dezintegrare presupune o fază şi o modalitate de integrare (F. W. Myers, 1906). Invers, structurarea şi organizarea variabilelor incluse în edificiul persoanei umane, pe lîngă oscilaţia normală determinată de funcţionarea sistemului—personalitatea constituind expresia vectorială a unor particularităţi psihice care „variază dinamic şi totodată unitar pe un palier nelimitat, datorită particularităţilor pe care i le conferă trăsăturile temperamentale (înnăscute), trăsăturile caracteriale (modulate prin educaţie) şi capacitatea voliţională a fiecărei individ în parte de a-şi comuta procesele de gîndire în acţiuni sau inacţiuni deliberate, ansamblu de trăsături prin care se realizează atitudinea corespunzător integrată faţă de lume şi viaţă" (P. Brânzei, 1975) — presupun posibilitatea destructurării şi dezorganizării, a unor anomalii funcţionale şi implicit somatice, la nivel tisular şi infratisular, din moment ce existenţa tulburărilor psihice *sine materia* este nu numai inacceptabilă ci, subliniem noi, absolut inconceptibilă.

Desigur, poate fi postulată existenţa unei stări de echilibru maxim, ceea ce s-a descris recent sub termenul *optimal personality* (W. R. Coan, 1974), dar o asemenea stare este mai mult de ordin teoretic, realitatea punînd în evidenţă abateri multiple şi de diferite grade de la schema funcţionării ideale, fictive.

Tulburările privesc fie anumite procese psihice, zone și aspecte limitate ale persoanei (amnezii, afazii, agnozii, alexii, disprosexii, distimii etc.) nu lipsite de rezonanță asupra comportamentului integral, fie ansambluri mai largi, cazuri în care se conturează sindroame psihopatologice, adică „complexe de simptome psihice frecvent observate împreună, care apar unite între ele prin legături interioare și au un substrat fiziopatologic comun" (V. Predescu și colab., 1976).

În ceea ce privește diferitele grade de tulburare sau de destructurare a conștiinței înțeleasă ca modalitate procesuală superioară a sistemului psihic uman, elaborată prin activitate socială și enculturație, mijlocită prin limbă și bazată pe un model comunicațional intern și intern-extern (P. Popescu-Neveanu, 1978), acestea pot surveni atît în maladiile organice, cît și în cele psihice, avînd caracter temporar, reversibil ori un caracter nu numai persistent, ci și progresiv, diferențiat de la caz la caz. Menționăm în același timp faptul că „în studiul destructurărilor personalității se poate constata că nu se mai păstrează o corelație între elementele esențiale ale psihismului ilustrate prin gradul de integrare și nivelul de conștientizare; în diverse situații clinice aceste aspecte pot înregistra distorsiuni particulare care nu pot fi sintetizate în scheme generale" (G. Ionescu, 1971).

Ajunși la finele acestui capitol, subliniem că psihologia clinică nu-și restrînge sfera de interes și de acțiune la cazurile patologice. Cristalizînd sub toate raporturile o modalitate de abordare, dacă nu chiar o întreagă concepție de cercetare a omului, psihologia clinică, sub influența fecundă a medicinei, a orientat psihologia în genere „tot mai mult spre o *personologie*, spre determinarea cît mai concretă și mai precisă a personalității ca întreg" (V. Pavelcu, 1976); este un fapt pe care îl socotim fundamental în evoluția acestei științe.

Bibliografie

Allport, G. W., *Structure et développement de la personnalité*, Neuchâtel, Delachaux-Niestlé, 1970.

Barük, H., *Traité de psychiatrie*, Paris, Masson, 1959.

Baudouin, Ch., *L'âme enfantine et la psychanalyse*, Neuchâtel, Delachaux-Niestlé, 1964.

Bleuler, E., *Dementia praecox or the groups of schizophrenias*, New York, Intern. Univ. Press, 1950.

Brînzei, P., *Itinerar psihiatric*, Iași, Edit. Junimea, 1975.

Cattell, R. B., *La personnalité*, Paris, Press. Univ. France, 1956.

Coan, R. W., *The Optimal Personality*, New York, Columbia Univ. Press., 1974.

Delay, J., *Études de psychologie médicale*, Paris, Press. Univ. France, 1953.

Ey, H., Bernard, P., Brisset, Ch., *Manuel de psychiatrie*, Paris, Masson, 1974.

Eysenck, H. J., *Les dimensions de la personnalité*, Paris, Press. Univ., France, 1950.

Eysenck, H. J., *The structure of Human Personality*, London, Methuen Co Ltd., 1971.

Freud, S., *Prefață* la cartea lui August Aichorn, *Verwahrloste Jugend*, Wien, Leipzig, Zürich, International Psychanalitischer Verlag, 1925.

Freud, S., *Uber Libidinöse Typen*, „Gesammte Werke", 14, 1931.

Hall, C., Lindzey, G., *Theories of Personality*, New York, John Wiley, 1957.

Heuyer, G., *Vingt leçons de psychologie médicale*, Paris, Press. Univ. France, 1960.

Hunt, J. V., *Personality and Behavior Disorders. A handbook based on Experimental and Clinical Research*, New York, Ronald Press Company, 1945.

Hunt, W. A., *The Clinical Psychologist*, Illinois, Ch. Thomas Springfield, 1956.

Ionescu, G., *Probleme ale structurării și dezorganizării personalității*, „Analele Universității București", Psihologie, 1971.

Ionescu, G., *Introducere în psihologia medicală*, București, Edit. științifică, 1973.

Jung, C. G., *Types psychologiques*, Gènève, Librairie de l'Université, 1958.

Kisker, G.W., *The Disorganized Personality*, New York, San Francisco, Toronto, London, McGraw Hill Book Company, 1972.
Kretschmer, E., *Körperbau und Charakter*, Berlin, Göttingen, Heidelberg, Springer Verlag, 1955.
Lagache, D., *L'unité de la psychologie. Psychologie expérimentale et psychologie clinique*, Paris, Press. Univ. France, 1969.
Lagache, D. et al., *Les modèles de la personalité en psychologie*, Paris, Press. Univ. France, 1965.
McDougall, W., *Social Psychology*, London, Methuen, 1926.
Meyerhoff, H., *Leitfaden der klinischen Psychologie*, München, Basel, Ernst Reinhardt Verlag, 1959.
Morgan, C. T., *Introduction to Psychology*, New York, Toronto, London, McGraw Hill, 1961.
Nacht, S. (sous la direction de), *La théorie psychanalytique*, Paris, Press. Univ. France, 1969.
Nuttin, J., *La structure de la personnalité*, Paris, Press. Univ. France, 1971.
Pamfil, E., Ogodescu, D., *Nevrozele*, Timişoara, Edit. Facla, 1974.
Pavelcu, V., *Culmi şi abisuri ale personalităţii*, Bucureşti, Edit. ştiinţifică şi enciclopedică, 1974.
Pavelcu, V., *Metamorfozele lumii interioare*, Iaşi, Edit. Junimea, 1976.
Pavlov, I. P., *Experienţa a douăzeci de ani în studiul activităţii nervoase superioare a animalelor*, Bucureşti, Edit. Academiei, 1953.
Popescu-Neveanu, Paul, *Dicţionar de psihologie*, Bucureşti. Edit. Albatros, 1978.
Predescu, V. (sub redacţia), *Psihiatrie*, Bucureşti, Edit. medicală, 1976.
Reuchlin, M., *La psychologie différentielle*, Paris, Press. Univ. France, 1974.
Reuchlin, M., *Psychologie*, Paris, Press. Univ. France, 1977.
Rey, A., *L'examen clinique en psychologie*, Paris, Press. Univ. France, 1964.
Ribot, Th., *Les maladies de la personnalité*, Paris, F. Alcan, 1921.
Sarason, I. G., *Personality : An Objective Approach*, New York, London, John Wiley, 1966.
Sheldon, W. H., Stevens, S. S., *The Varieties of Temperament. A Psychology of Constitutional Differences*, New York and London, Harper-Brothers, 1942.
Sivadon, P. (sous le direction de), *Traité de psychologie médicale*, Paris, Press. Univ. France, 1973.
Sullivan, H. S., *The Interpersonal Theory of Psychiatry*, New York, Norton, 1953.
Sundberg, N. et al., *Clinical Psychology : Expending Horizons*, New Jersey, Prentice-Hall, 1973.
Wells, K. H., *Pavlov and Freud. Toward a Scientific Psychology and Psychiatry*, London, Lawrence and Wishart, 1956.

Capitolul IV

PSIHOLOGIA FAMILIEI. NORMALITATE ŞI PSIHOPATOLOGIE FAMILIALĂ

1. Familia ca domeniu de investigaţie clinică

Pe tărîmul practicii şi cercetării clinico-psihologice a ultimelor decenii, se conturează un nou mod de gîndire şi acţiune psihoterapeutică, reprezentat prin sistemul teoretico-metodologic al psihologiei familiei.

Fundamentată pe axioma indisolubilităţii relaţiei individ-familie, teoria psihologică a familiei este rezultatul cristalizării în clinica psihiatrică a unei problematici psihologice specifice a familiei ca pacient, ceea ce a impus delimitarea ei ca obiect de studiu sistematic şi domeniu de cercetare.

În acelaşi timp, psihologia contemporană a familiei este rodul integrării în gîndirea clinică a unor concepte şi principii metodologice provenite din teoria generală a sistemelor şi psihosociologia grupurilor mici.

1.1. *Familia — factor universal în existenţa umană.* Deşi apartenenţa la o familie de origine şi aspiraţia spre integrarea într-o familie proprie constituie atribute umane esenţiale şi universale, *familia* reprezintă o „Terra Nova" a psihologiei ultimelor două decenii. Explorarea ei sistematică a fost iniţiată ca urmare a recunoaşterii faptului că „studiile asupra dezvoltării normale şi patologice a personalităţii au fost grav afectate de lipsa înţelegerii rolului central al familiei în orientarea procesului de dezvoltare psihică" (T. Lidz, 1974, p. 252).

Personalitatea copilului se construieşte sub influenţele primordiale şi adînc penetrante ale familiei. În raport cu individul-copil, imatur, dependent şi încă neformat, influenţele mediului familial constituie cei dintîi factori de umanizare şi socializare. Modalităţile specifice şi gradul în care familia asigură copilului trecerea prin stadiile critice ale ciclului vieţii determină în mod aproape ireversibil caracterul normal sau anormal al structurii personalităţii individului. Deşi influenţele ulterioare modelează într-o oarecare măsură pe acelea ale familiei, „ele nu vor putea să anuleze sau să refacă experienţele precoce fundamentale ce pot fi trăite exclusiv în cadrul familiei" (*ibidem*, p. 253).

În primii ani de viaţă toate experienţele interpersonale ale copilului au loc *în* şi *prin* familie. Datorită acestui fapt, primele modele de relaţionare şi comunicare pe care copilul le percepe şi le imită sînt cele familiale. Acestea se înscriu adînc în personalitatea copilului, condiţionînd modul de a expecta şi de a aborda orice altă relaţie interpersonală. În mod conştient sau inconştient, copilul devenit adult va trăi orice experienţă interpersonală ulterioară, prin prisma patternurilor dobîndite în familia sa de origine.

Personalitatea adultului, gradul de maturizare şi stabilitate a structurii sale au ca indicator-princeps integrarea în familia nucleară şi reuşita sa în exercitarea rolurilor de partener conjugal şi părinte.

În virtutea apartenenţei sale la grupul familial, nici un individ nu se poate sustrage influenţelor acestuia, nu poate evita exercitarea asupra sa a efectelor unor transformări survenite la ceilalţi membri ai familiei. În acelaşi timp, ca element constitutiv al sistemului familial, el se situează pe poziţia de „iniţiator" al unor procese de transformare la nivelul personalităţii celorlalţi membri ai familiei.

1.2. *Familia pacientului psihiatric.* Cu toate că adevărul afirmaţiilor de mai sus pare incontestabil, concepţia despre individ ca parte integrantă a mediului familial, ca element al unui sistem interpersonal ierarhizat, ca entitate evolutivă în relaţie cu alte entităţi, reprezintă o achiziţie relativ recentă a ştiinţelor despre om.

În domeniul psihiatriei, spre înţelegerea acestor adevăruri axiomatice, au acţionat în mod convergent *două categorii de observaţii clinice.*

În prima categorie se înscriu *observaţii spontane*, nesistematizate din practica pedopsihiatrică, din clinica nevrozelor şi din domeniul de cercetare al etiologiei psihozelor. Acestea s-au concretizat în unele idei cu caracter general (şi adesea implicit) cu privire la : — indisolubilitatea relaţiei dintre psihopatologia individuală a copilului şi constelaţia sa familială, — rolul stressant al bolii psihice a unui membru al familiei asupra grupului familial, — etiologia familial-interpersonală a nevrozelor, — frecvenţa crescută a tulburărilor din spectrul psihozei, în familiile cu un pacient schizofren.

În a doua categorie sînt incluse *observaţii clinice sistematice* din domeniul terapiei depresiilor şi al unor fenomene psihopatologice din familiile pacienţilor psihotici. Acestea au contribuit în mod semnificativ la descoperiri noi, specifice, cum sînt : fenomenul „contagiunii emoţionale" şi acela al „rezistenţei" familiei pacientului la vindecarea acestuia.

Dezvăluit de R. V. Speck (1968), *fenomenul contagiunii emoţionale psihopatogene* în familiile bolnavilor depresivi reprezintă o realitate complexă şi surprinzătoare. În cursul tratamentului depresiei, autorul a remarcat că ameliorarea simptomatică a pacientului primar (ortotimizarea, abandonarea ideaţiei suicidare etc.) a fost urmată de apariţia unor fenomene depresive manifeste, la alt membru al familiei.

Un fapt asemănător a fost remarcat şi de Ileana Mihu (1975), care, în cursul unor cure de psihoterapie individuală la copii cu tulburări nevrotice, a constatat că normalizarea comportamentală a acestora era urmată de emergenţa unor fenomene nevrotice intense la mamele pacienţilor. În mod paradoxal, acestea solicitau sprijin psihiatric pentru crize de anxietate, insomnii, stări depresive, la scurt interval după remisiunea simptomatologiei obsesiv-compulsive sau depresive la copii.

În ambele situaţii consemnate, tulburările nevrotice „migrau" de la un membru la altul „ca şi cum echilibrul în familie nu putea fi menţinut decît prin prezenţa unei anumite expresii a afectelor negative depresive" (A. D. Bloch, 1974, p. 185).

Din aceeaşi categorie de fapte fac parte observaţiile cu privire la *rezistenţa familială faţă de ameliorarea simptomatică a pacientului schizofren.* Numeroşi clinicieni au remarcat faptul că eforturile lor psihoterapeutice şi psihofarmacologice conjugate, orientate spre remisiunea simptomelor psihotice discordante la adolescenţi, sînt uneori zădărnicite de situaţia familială concretă a bolnavului tratat. Deşi motivaţia conştientă a membrilor familiei este dorinţa de vindecare, aceştia resping, prin atitudini şi conduite necontrolate conştient, succesele terapeutice concreti-

tate în modificări ale conduitei bolnavului. Acesta este „forţat" să regreseze la vechile patternuri de relaţionare familială în care ideaţia interpretativ-senzitivă, dependenţa afectivă, autismul, sînt din nou actualizate, realizîndu-se astfel un cerc relaţional psihopatogen.

Fenomenele de contagiune emoţională şi balans simptomatic, în familia bolnavilor nevrotici sau depresivi, ca şi fenomenul de rezistenţă la terapie a familiilor cu pacienţi schizofreni, nu pot fi explicate în mod concludent din perspectiva psihopatologiei clasice orientate nosografic. Aceste fenomene nu pot fi interpretate decît prin prisma unei viziuni mai largi, de dinamică sistemică, ceea ce permite integrarea lor în cîmpul unor procese de „homeostazie-homeodinamie" familială.

Acest „experiment natural" pe care-l reprezintă boala psihică a reliefat numeroase fenomene de psihologie şi psihopatologie familială şi, indiferent de orientare (psihodinamică, psihosociologică, clinică etc.), studiile asupra psihozelor au relevat în mod constant faptul că „interacţiunile patologice dintre membrii familiei pacienţilor schizofreni reprezintă un factor crucial în funcţionarea şi semnificaţia comportamentului, gîndirii şi afectelor pacientului" (O. Kernberg, 1975, p. 207).

Conturate în cadrul practicii şi gîndirii clinice, ipotezele de psihopatogenie familială au fost sistematic confirmate de studiile asupra constelaţiei familiale a pacientului schizofren.

Investigată clinic, din perspectivă psihodinamică şi psihosocială, *familia pacientului schizofren* se relevă a fi perturbată sub aspect structural şi funcţional, la toţi parametrii atributelor sale esenţiale. Caracterul anormal global al organizării familiale „schizofrenogene" rezultă din tulburări complexe şi diverse la nivelul personalităţii individuale a părinţilor şi al nivelul proceselor de comunicare interpersonală. Sub aspectul dinamicii relaţiilor intrafamiliale, s-au evidenţiat trei aspecte disfuncţionale esenţiale: *procesul de identificare, funcţionarea coaliţiei parentale* şi *încălcarea limitelor între generaţii.*

Modul specific în care interferenţa acestor disfuncţii realizează o constelaţie familială anormală şi condiţionează „schizofrenogeneza" este sintetizat astfel: — părintele de acelaşi sex ca şi pacientul oferă un model de identificare neadecvat; — interacţiunea parentală perturbată determină grave distorsiuni în rezolvarea ataşamentului „oedipian" al pacientului; — părinţii nu reuşesc să menţină limitele adecvate între generaţii, fie datorită faptului că sînt prea toleranţi faţă de copil, fie că se comportă ca rivali faţă de acesta, ambele patternuri apărînd uneori în aceeaşi familie.

În investigaţiile asupra adolescentului schizofren, perspectiva familială s-a dovedit a fi o orientare cu nebănuite resurse euristice. Ea a dus la acumularea de noi date despre etiologia psihozelor discordante şi la conturarea unei *tipologii familiale schizofrenogene.* Astfel, *familia schismatică* şi cea *distorsionată (skewed)* s-au dovedit a fi nu numai „modele" teoretice, ipotetice, ci realităţi clinice complexe, a căror investigare se cere continuată.

Observaţii asemănătoare au fost efectuate şi în domeniul stărilor nevrotice, unde cercetările clinice contemporane subliniază, prin argumente mereu înnoite, adevărul vechi unanim recunoscut că „este de neconceput ca o nevroză să existe în absenţa unor rădăcini în relaţiile familiale perturbate" (J. Kovel, 1976, p. 185). Etiologia interpersonală, intrafamilială a nevrozelor şi rolul familiei în potenţarea sau anularea eforturi lor terapeutice cu bolnavii nevrotici reprezintă adevărate postulate ale activităţii clinice.

1.3. *Interacțiunea ins-familie în condiții de stress.* Înțelegerea interacțiunilor familie-boală psihică a căpătat o nouă dimensiune prin rezultatele cercetărilor din domeniul *psihofiziologiei experimentale.* În acest sens sînt edificatoare studiile întreprinse asupra familiilor unor copii diabetici; cunoscută fiind vulnerabilitatea la stress a acestora, în prima fază a experimentului părinții au fost supuși unui interviu stressant, în timp ce copiii observau situația printr-un geam unitransparent. S-au recoltat probe de sînge la toți membrii familiei, la intervale de 50 de minute și s-a analizat modificarea nivelului acizilor grași liberi în diferite momente ale interviului. Copiii îi puteau vedea și auzi pe părinți, dar nu aveau posibilitatea participării directe la situația conflictuală. S-a constatat astfel că în timpul observării părinților sub stress, nivelul acizilor grași liberi din sîngele copiilor a crescut în mod semnificativ. Rezultatele acestei prime faze experimentale au dus la concluzia că „influența cumulativă a stressului psihologic actual este suficient de puternică încît să producă modificări psihofiziologice, chiar dacă implicarea copiilor în conflict nu este directă" (S. Minuchin, 1974, p. 182).

În a doua fază a experimentului, părinții au fost angajați într-o discuție contradictorie, pe o temă familială veche, care generase anterior o „spirală" de conflicte nerezolvate. În timpul altercației s-a înregistrat creșterea semnificativă a nivelului acizilor grași liberi din sîngele părinților. În timp ce urmărea disputa părinților printr-un geam unitransparent, copilul a înregistrat o creștere de două ori mai mare a nivelului acizilor grași din sînge, comparativ cu părinții. După aceasta, copilul a fost adus în cabinet și fiecare părinte a încercat să-l atragă de partea sa, împotriva celuilalt. Conflictele dintre părinți au căpătat astfel o falsă rezolvare, tensiunea emoțională dintre ei diminuîndu-se prin implicarea inconștientă, psihopatogenă a copilului. În 30 de minute de interacțiune familială de acest tip, nivelul acizilor grași la părinți a scăzut la valorile de bază. La copil însă, nivelul acizilor grași liberi a crescut și s-a menținut ridicat timp de mai multe ore. Stressul asociat cu conflictele nerezolvate între soți a fost astfel micșorat prin perturbarea psihică a copilului. Acest mod de relaționare patologică demonstrează pregnant „prețul" plătit de copil, denumit în acest caz „vindecătorul familiei".

Fără îndoială, valoarea de generalizare a concluziilor unui astfel de experiment este limitată, dar semnificația euristică este incontestabilă. El demonstrează în mod convingător interdependența legică dintre individ și relațiile sale familiale, dintre disfuncțiile familiale și efectele lor în planul personalității individuale.

Totodată, prin caracterul obiectiv al argumentelor sale, acest studiu conferă un plus de rigoare tezei axiomatice conform căreia „omul este ansamblul relațiilor sale sociale". În plus, teoria psihologică a familiei, ca și psihoterapia de familie afirmă și demonstrează convingător faptul că individul și familia sa se află într-o unitate dialectică.

2. Familia ca sistem. Contribuția teoriei generale a sistemelor la edificarea psihologiei familiei

2.1. *Coordonate sistemice ale familiei ca entitate.* Cadrul conceptual al psihologiei familiei, ca și demersurile practice ale psihoterapiei de familie își

găsesc în gîndirea sistemică valoroase repere teoretice şi instrumente metodologice necesare analizei, explicaţiei şi modificării proceselor de dinamică familială.

Din perspectiva psihologului contemporan, în gîndirea căruia conceptele sistemice s-au organizat într-un pattern general de abordare a oricărui obiect de studiu, fenomenele familiale îşi relevă dimensiuni încă neinvestigate, particularităţi ce ţin de esenţa lor structural-interacţională şi dinamică.

Alături de teoria generală a sistemelor, cibernetica „acest mod original de a gîndi realitatea bazat pe admiterea ca esenţială a interacţiunii informaţionale dintre obiectul-sistem şi mediul ambiant", contribuie în mod semnificativ la delimitarea obiectului de studiu al psihologiei familiei, la decodificarea fenomenelor familiale, la precizarea metodologiei cercetărilor în acest domeniu.

Adeziunea la modelul sistemic în interpretarea proceselor familiale este confirmată de penetraţia, tot mai largă, în gîndirea clinico-psihiatrică şi în psihologie a unor concepte cu conotaţie structuralist-relaţională, ca: „interacţiune", „proces", „structurare", „pattern", „set funcţional", „subsistem", „izomorfism", „homeostazie".

Ne propunem o abordare analitică a conceptului-construct de *familie-ca-sistem*, în scopul evidenţierii realismului clinic al acestei noţiuni şi al validării implicaţiilor sale, în psihoterapia de familie.

Colaborarea interdisciplinară dintre teoria generală a sistemelor şi psihologia familiei se află într-un stadiu incipient. Cu toate acestea, numeroase valenţe epistemice şi aplicative ale acestei colaborări evidenţiază deja valoarea euristică a integrării modului de gîndire structuralist-sistemic în psihologia şi psihopatologia familiei.

Faptul că „familia constituie un sistem deschis, cu mai multe subsisteme" (S. Fleck, 1975, p. 383) a căpătat, în psihologie şi psihiatrie, o recunoaştere unanimă. Acceptarea acestei aserţiuni se concretizează în abordarea individului, a relaţiilor interpersonale de cuplu şi a grupului familial, ca principale subsisteme familiale aflate în relaţii de ierarhizare structurală şi funcţională şi de dinamică reciproc-reglatorie.

Dintre proprietăţile sistemice ale familiei ca entitate caracteristica schimbării ei pe axa timpului este probabil cea mai evidentă. Într-adevăr, între momentul iniţial — constituirea cuplului conjugal — şi cel final, dezmembrarea familiei prin decesul părinţilor, familia trece printr-un continuu proces de transformare.

Ceea ce se modifică în timp este în primul rînd numărul membrilor; dimensiunile familiei suferă iniţial o „dilatare" prin naşterea succesivă a copiilor, pentru ca ulterior să se „contracte" prin părăsirea căminului de către copiii căsătoriţi sau/şi prin decesul părinţilor.

Naşterea fiecărui copil nu are numai semnificaţia unei creşteri cantitative a familiei, ea reprezintă o restructurare a întregului sistem relaţional familial. De la o diadă unică, soţ-soţie, se trece prin multiplicare la noi diade: mamă-copil, tată-copil, mamă-tată şi la triada mamă-tată-copil. Această trecere, de la o relaţie interpersonală diadică la un grup format din trei sau mai multe persoane, „are semnificaţia trecerii unui sistem în condiţiile de lucru ale altui sistem şi, prin aceasta, transformarea lui (a primului sistem) în subsistem: persoana devine subsistem al relaţiei interpersonale, iar aceasta din urmă, subsistem al relaţiilor de grup" (P. Golu, 1974, p. 170).

Aserțiunea de mai sus conține în sine nu numai *ideea caracterului dinamic* al proceselor familiale și posibilitatea descrierii lor în funcție de factorul timp, ci și o altă idee, cu valoare epistemologică, aceea a *specificității subsistemelor familiale.*

Perspectiva sistemică asupra insului *în* mediul familial relevă atît aspectele de continuitate, cît și pe acelea de discontinuitate dintre nivelurile ierarhice ale organizării personalității (nivelul individual-intrapsihic, cel relațional-interpersonal și cel grupal). Esențialmente *același* din punct de vedere ontologic, individul este *diferit* din punct de vedere gnoseologic, în funcționarea sa ca sistem personal, ca termen al relației interpersonale, ca subsistem al sistemului familial. Principiile de structurare și legitățile de funcționare la fiecare dintre aceste niveluri ale integrării personalității nu sînt identice. Procesele psihice la nivel individual, interpersonal și de grup se derulează pe principii de discontinuitate și specificitate. În virtutea acestui fapt, orice demers care se bazează pe extrapolarea explicației psihodinamice la interpretarea relațiilor interpersonale sau a dinamicii de grup poate fi prejudiciabil sub aspectul cunoașterii clinice.

Din perspectiva gîndirii sistemice, fenomenele de dinamică familială își relevă și un alt aspect esențial, nerelevat de alte cadre conceptuale, și anume *caracterul stadial.* Prin integrarea viziunii sistemice cu perspectiva psihogenetică s-a relevat faptul că relațiile interpersonale familiale se modifică stadial, sub acțiunea conjugată a unor *factori interni* (dezvoltarea stadială a personalității membrilor ce o compun) și a unor *factori externi* (de ordin social, cultural, economic etc.).

Ca și inteligența, afectivitatea sau adaptarea socială, ca și personalitatea individuală, familia trece printr-o serie de stadii succesive ale evoluției sale. Fiecare din aceste stadii corespunde unui mod relativ stabil și totodată tranzitoriu de adaptare a familiei la exigențele membrilor săi și ale mediului social larg. Fiecare etapă reprezintă în raport cu cea precedentă un nivel superior de organizare și funcționare a relațiilor intrafamiliale.

Perspectiva psihologiei genetice, ea însăși mod de gîndire structuralist-sistemic, a făcut posibilă o mai complexă înțelegere a dinamismului fenomenelor familiale pe o dimensiune longitudinală și a creat premisele explicării relațiilor reciproce dintre stadializarea familială și cea individuală. Totodată, s-a conturat rolul copilului de „inițiator" al proceselor familiale, precum și faptul că trecerea acestuia de la un stadiu de vîrstă la altul determină restructurarea relațiilor părinți-copii și a familiei ca întreg. Din perspectiva psihologiei genetice, disfuncțiile familiale au putut fi interpretate ca avînd la bază fenomene de tranziție și discontinuitate generate de dificultățile familiei de a se restructura în funcție de exigențele noi ale membrilor săi aflați în dezvoltare.

Influența reciprocă dintre factorii externi și familie se realizează conform unor mecanisme sistemice generale. Ca orice sistem viu, dinamic, familia „posedă o limită și există un schimb neîncetat de la exterior la interior, și invers" (N. Ackerman, M. Behrens, 1975, p. 39). Familia nucleară ca sistem include un număr limitat de membri și se opune imixtiunii unor persoane neînrudite, în problemele și viața sa internă; ea are o tendință funciară spre autodelimitare, funcționare și decizie autonomă. În virtutea influențelor reciproce dintre mediul social (familia extinsă, grupul de vecinătate, subgrupurile profesionale ale membrilor adulți etc.) și familia nucleară, aceasta din urmă înregistrează permanente modificări adaptative.

Convingerea că mediul extern al familiei nu poate fi conceput ca o constantă se înscrie în cadrul unei perspective moderne mai largi a *ecologiei psihiatrice*. În relație cu mediul ambiant variabil familia ca sistem își evidențiază o caracteristică esențială: *capacitatea de autoreglare*. În ciuda modificării permanente a influențelor externe și a acțiunii unor factori posibil perturbatori din interiorul său, familia își menține o identitate proprie, o integritate caracteristică, definitorie. Capacitatea de autoreglare a familiei se concretizează în anumite reguli de comportare și comunicare, în invarianța seturilor și patternurilor familiale, în constanța relativă a unui anumit tonus afectiv.

3. Homeostazia familială — parametru al normalității și sanogenezei familiale

Capacitatea de conservare a relativei stabilități și a echilibrului dinamic propriu familiei a fost evidențiată în cadrul clinicii psihiatrice și explicată prin procesul de *homeostazie familială*.

Clinica psihozelor discordante și a depresiei a evidențiat faptul, inexplicabil din perspectiva psihiatriei tradiționale, că uneori familia bolnavului psihic manifestă rezistență spontană la schimbarea terapeutică, întîrziind sau anulînd ameliorarea simptomatică a pacientului primar. Simptomele pacientului identificat realizează în familie un echilibru patologic. Modificarea acestui echilibru, prin remisiunea tulburărilor este urmată în mod surprinzător de emergența unor perturbări psihice la membrii nesimptomatici ai familiei. Fenomenul balansului simptomatic familial se explică prin prezența tendințelor homeostatice, de reinstalare în familie a unui *statu quo ante* al stării de sănătate. Familia ca sistem și subsistemele ce o compun manifestă inerție în modificarea patternurilor relaționale și a pozițiilor de rol.

Rezistența la schimbare ca expresie a tendințelor homeostatice familiale se manifestă și în familiile normale, în perioadele de trecere de la un stadiu la altul. Perioadele de tranziție a copiilor de la o etapă de vîrstă la alta sînt acompaniate întotdeauna de tensiune și anxietate familială, generate de tendința inconștientă a părinților de a menține relațiile de dependență și autoritate specifice stadiului anterior. Deseori, acțiunea prea rigidă a mecanismelor homeostatice are o influență psihopatogenă asupra familiei ca grup și asupra membrilor săi individuali, aceasta deoarece, procesele de homeostazie tind să mențină sau să reinstaleze relații familiale devenite anacronice, care frînează dezvoltarea și individualizarea membrilor.

Uneori procesele homeostatice sînt responsabile de eșecurile terapiei. Expresia clinică a acțiunii mecanismelor familiale de acest tip este menținerea de către familie a pacientului primar, în rolul de „țap ispășitor" (fenomenul de *scapegoating*). Gratificarea de către părinți a conduitei simptomatice a copilului nevrotic sau perpetuarea unei atmosfere familiale tensionate după ameliorarea tulburărilor de comportament la adolescent se înscriu sub semnul acțiunii spontane, a aceloraşi mecanisme homeostatice.

Alături de mecanismele de reglare prin *feedback de stabilizare* cu rol în menținerea unei *stări staționare*, în familie acționează și mecanisme de prelucrare a *feedback*-ului de *precipitare*, importante pentru menținerea

în curs de desfășurare a *proceselor* familiale. Fenomenele de *homeodinamie* sînt acelea prin care un anumit proces familial, expus unor influențe externe perturbatoare, este continuat în direcția în care ar fi evoluat în absența perturbărilor. Un exemplu revelator pentru existența mecanismelor homeodinamice îl reprezintă continuarea funcționării familiale cvasinormale, în condițiile perturbatoare ale unor modificări ample ale mediului social, ale unor catastrofe naturale etc.

După părerea noastră, cuplul noțional *homeostazie-homeodinamie* are o mare valoare euristică în interpretarea fenomenelor familiale întrucît desemnează mecanisme fundamentale, cu acțiune legică în funcționarea sistemului familial. Mecanismele homeostatice, prin tendința restabilirii unei stări a sistemului anterioare perturbării, prelucrează informațiile de *feedback* de stabilizare (negativ). Rolul mecanismelor homeostatice este unul esențialmente *conservativ-stabilizator*. Unitatea, integritatea și identitatea familiei sînt asigurate prin mecanisme homeostatice. În mod complementar, mecanismele homeodinamice sînt acelea care prin prelucrarea și integrarea lor în sistemul familial îl conduc pe acesta la un nivel superior de funcționare. Rolul mecanismelor homeodinamice în familie este în mod fundamental *evolutiv*, *developmental*. Flexibilitatea adaptativă și progresul vital al familiei sînt caracteristici datorate mecanismelor homeodinamice.

Sintetizînd, putem afirma că unitatea dintre homeostatic și homeodinamic în procesul evoluției sistemului familial asigură, pe de o parte, păstrarea identității familiei de-a lungul întregii sale existențe, pe de altă parte, modificarea ei evolutivă, stadială, conform exigențelor de dezvoltare ale membrilor ei. Laturi complementare ale unui proces evolutiv unic, de dezvoltare stadială a sistemului familial, mecanismele homeostatice și cele homeodinamice reprezintă cheia explicativă a trecerii relațiilor familiale de la un stadiu inferior la unul superior de organizare, prin reechilibrări succesive.

4. Interacțiunea ins-familie din perspectivă sistemică

Abordarea sistemică a relației individ-mediu familial permite depășirea limitelor concepției clasice despre individ *și* familie ca realități distincte a căror relație poate fi explicată în termenii unei cauzalități lineare. Se evidențiază faptul că membrii familiei, ca indivizi și ca subsisteme ale sistemului familial, inițiază acțiuni și procese care modifică starea sistemului iar acesta, la rîndul său, își exercită influența reglatoare asupra persoanelor și relațiilor dintre ele.

Într-adevăr, în interiorul sistemului familial, secvențele de interacțiune constant recurente între părți și întreg (respectiv între membrii individuali și familie ca grup) se desfășoară după principiul aferentației inverse, modelîndu-se reciproc prin prelucrare informațională.

Ca rezultat al integrării viziunii sistemice în interpretarea relațiilor de determinare-condiționare între individ și familie a devenit posibilă elaborarea unei concepții moderne despre individ *în* mediul său social.

Relația complexă dintre persoană și familia sa (ca exponent al factorului social, de mediu) este în prezent explicată în termeni informaționali probabilistici. Este adevărat că individul își influențează contextul

familial și este influențat de acesta; dar „rezultanta" comportamentală a acestor influențe reciproce nu poate fi dedusă pe baza unor legi deterministe. Meritul de a fi descris procesul complex, multifactorial prin care individul devine ceea ce este, ca rezultat al apartenenței sale la o familie concretă — sistem familial cu anumite particularități —, revine legilor stocastice.

Rezolvarea de principiu a problemei relației individ-mediu are drept consecință implicită o mai bună înțelegere a rolului familiei în dezvoltarea personalității copilului. Observațiile din clinica pedopsihiatrică asupra vulnerabilității copilului la stressurile ce afectează familia pot să capete o interpretare cu valoare de generalizare. Tulburările nevrotice ale copilului și adolescentului pot și trebuie să fie analizate nu în mod individual ci din perspectiva familiei, ca ecosistem. Atît boala psihică cît și dezvoltarea normală a personalității copilului „capătă o semnificație mai completă în matricea familiei ca sistem comportamental" (N. Ackerman, M. Behrens, 1975, p. 38). Autorii postulează în continuare că teoria sistemelor aspiră la universalitate dar „cu cît o teorie se apropie mai mult de un model matematic cu atît este mai dificil s-o aplici la situația umană" (*ibidem*, p. 42). Conștienți de realismul acestei afirmații vom înțelege că pentru a putea fi utilizată practic în analiza fenomenelor clinice, concrete, teoria generală a sistemelor va trebui însă redusă la un grad mai scăzut de generalizare. Din această perspectivă, eventualele discrepanțe dintre realitatea clinică, în complexitatea și variabilitatea ei, și modelul teoretic vor confirma o dată în plus ireductibilitatea complexului fenomen uman pe care-l reprezintă familia.

5. Familia ca microgrup. Contribuția psihologiei sociale la edificarea psihologiei familiei

5.1. *Coordonate psihosociale ale familiei ca microgrup.* Pentru ca noțiunea de „familie" să devină un concept operant în psihopatologie, trebuie să i se precizeze apartenența la clasa „microgrup", să se definească însușirile generale ale „genului proxim" și particularitățile „diferenței sale specifice".

Din punct de vedere sociodinamic, familia reprezintă un grup mic ale cărui caracteristici corespund oricărei definiții a microgrupului ca unitate psihosocială. Este evident că în familie „conduita fiecărui individ este afectată de prezența celorlalți" (O. Klineberg, 1954, p. 437) și că familia „posedă un set de valori și norme proprii care reglează conduita membrilor în conformitate cu grupul" (M. Sherif et al., 1956, p. 144).

Caracteristica cea mai importantă a familiei ca microgrup este *coeziunea*, întrucît ea determină existența independentă și funcționarea familiei ca unitate biopsihosocială delimitată de alte instituții. Termenul de „coeziune" conotează necesitatea ca membrii grupului să renunțe la o parte din gratificările, opiniile, atitudinile, conduitele lor personale în favoarea grupului ca întreg.

Coeziunea familială nu este o dimensiune statică, un dat, ci se construiește stadial, prin adaptarea reciprocă a personalităților celor doi parteneri conjugali și integrarea ulterioară a descendenților. Procesul dobîndirii coeziunii familiale și al menținerii ei nu este lipsit de dificultăți; cei doi parteneri conjugali, a căror personalitate individuală este marcată de

propria familie de origine, trebuie să-şi construiască un nou model de relaţionare, o nouă conduită şi un nou mod de comunicare. Procesul este discontinuu, marcat de conflicte, stagnări şi uneori regrese. Adesea se creează situaţii critice a căror rezolvare ar fi imposibilă în absenţa resurselor motivaţionale şi afective, proprii exclusiv familiei. Tocmai de aceea, putem afirma că sistemele atitudinale, patternurile comportamentale, sistemele de valori şi structura afectivă a partenerilor conjugali sînt supuse unui proces continuu de asimilare şi acomodare reciprocă, în scopul edificării coeziunii familiale. Rezultatul acestor procese şi al conştientizării efectelor lor interpersonale este un *sistem de reguli şi norme* ale vieţii familiale, un set de patternuri comportamentale şi de comunicare, definitorii pentru familia respectivă. Caracteristicile acestor reguli (caracterul implicit sau explicit, constanţa sau flexibilitatea concretizării lor etc.) condiţionează în mare măsură acceptarea lor de către membrii familiei, integrarea lor armonioasă, sanogenetică în personalităţile individuale.

În însăşi existenţa ei, familia este determinată de satisfacerea în mod optim a cerinţelor coeziunii, consensului, menţinerii unei anumite structuri a rolurilor şi a unităţii conducerii; toate acestea contribuie la promovarea *unităţii* familiale, condiţie esenţială a sanogenezei membrilor săi. Caracterul particular al relaţiilor afective, deosebit de intense în acest microgrup natural, face ca orice tendinţă de diviziune sau evaziune precoce să pună sub semnul întrebării însăşi existenţa unităţii familiale. Menţinerea unui grad optim de coeziune şi unitate intrafamilială reprezintă o sarcină dificilă, dar esenţială a membrilor adulţi ai familiei.

Interpretate din perspectiva psihologiei grupurilor mici, fenomene ca divorţul, disensiunile familiale, separările precoce ale adolescenţilor etc., pot fi înţelese ca „simptome" ale unei psihopatologii a coeziunii familiale.

Eforturile de coeziune şi autoorganizare, de rezolvare a crizelor, conflictelor, pericadelor de tranziţie în interiorul familiei se concretizează într-o *identitate* proprie fiecărei familii. Expresie sintetică a demersurilor coezive ale membrilor familiei, *identitatea familială* este rezultanta cristalizării unor patternuri familiale caracteristice; ea se reflectă în similitudinea atitudinilor generale ale membrilor familiei faţă de principalele probleme ale vieţii, în modelul şi ierarhia valorilor familiale, în structura comportamentului interpersonal şi în dispoziţia afectivă de fond a familiei. Realismul clinic al noţiunii de „identitate familială" se reflectă în posibilitatea de a califica familia concretă ca „stenică", „hipersensibilă", „senzitiv-interpretativă", „agresivă", aceste atribute fiind caracteristice familiei ca tot, atmosferei generale familiale, şi nu unuia sau altuia dintre membri în situaţii izolate.

Caracterul eterogen al microgrupului familial este o trăsătură macroobservabilă, evidentă. Eterogenitatea se referă la vîrstă şi sex, statuturi şi roluri, capacităţi operaţionale etc.

Din punctul de vedere al teoriei psihologice a familiei şi al psihoterapiei de familie sînt semnificative trei *aspecte ale eterogenităţii familiale*: *aspectul cognitiv*, cel al *dezvoltării psihoafective* şi *al evoluţiei psihosociale*.

Sub *aspectul dezvoltării cognitive* a membrilor familiei, reţinem faptul că fiecare dintre ei se află într-un stadiu propriu al dezvoltării inteligenţei şi posedă un coeficient de inteligenţă şi un nivel cultural individual. Specificul procesului de comunicare într-o secţiune transversală în viaţa familiei este determinat de existenţa simultană a gîndirii de tip adult (abstract), a gîndirii operaţional-logice (la copii) sau chiar a gîndirii de tip

senzori-motor (la vîrstele mici ale copiilor). Din acest motiv, numeroase dificultăţi şi disfuncţii ale comunicării îşi au originea în insuficienta „racordare" a limbajelor proprii copiilor sau adulţilor din aceeaşi familie. Fiecare membru al familiei dispune de un mod propriu de a percepe, de a opera în plan intelectual, ca şi de mijloace specifice de comunicare verbală şi neverbală. Deosebirile de stil cognitiv şi comunicaţional pot să ducă la o alterare a izomorfismului necesar între sistemele personale de coduri; efectul unor astfel de neconcordanţe este formarea unui pattern familial de comunicare, caracterizat prin redundanţă şi pierdere de informaţie utilă. În plan intern, subiectiv, membrii familiilor cu dificultăţi de comunicare trăiesc un sentiment de izolare, tristeţe, frustrare.

Pe scala *dezvoltării afective* membrii familiei se situează de asemenea la niveluri diferite. De exemplu, într-o familie cu trei copii, aflaţi fiecare în altă etapă de vîrstă (un preşcolar, un puber şi un adolescent), există surse reale de dificultăţi sub aspectul comunicării şi înţelegerii empatice în fratrie. Fără îndoială, universul afectiv al copilului în stadiul oedipian este net diferit de acela al puberului şi al adolescentului, fapt pentru care distanţarea afectivă a copiilor dintr-o astfel de fratrie este inerentă. Imaturitatea afectivă tranzitorie a copilului nu are însă numai efecte negative; astfel, în stadiile iniţiale ale dezvoltării afective, copilul dispune de o „anumită imunitate faţă de stimulările sau posibilele traumatisme nespecifice acestor stadii" (J. Anthony, 1970, p. 8). Aceasta explică diferenţa dintre copii şi adulţi în privinţa reactivităţii emoţionale faţă de moarte sau faţă de boala psihică, ori somatică a unui membru al grupului familial.

Sub aspectul *evoluţiei psihosociale*, cele două generaţii care alcătuiesc familia prezintă nete deosebiri. Astfel, adulţii dispun de roluri bine definite şi de o autonomie recunoscută în timp ce copiii se află într-un proces continuu de definire a propriei identităţi prin adoptarea succesivă a unor roluri specifice etapelor de vîrstă pe care le parcurg. Procesul creşterii şi maturizării psihologice presupune o permanentă înlocuire a statutelor vechi, cu roluri şi statute noi, corespunzătoare exigenţelor progresive ale dezvoltării personalităţilor individuale şi a familiei ca grup evolutiv.

În teoria şi practica actuală a psihoterapiei de familie, demersurile investigative şi cele curative sînt în mare măsură orientate de „axiomele" psihosociologice ale familiei. Evidenţierea caracterului general al unor fenomene de grup familial şi a modului particular de manifestare a lor în familia concretă reprezintă o etapă preliminară necesară iniţierii dialogului terapeutic psiholog-familie. În absenţa înţelegerii unor legităţi ale fenomenelor familiale, nu este posibilă acceptarea de către membrii familiei a propriei lor responsabilităţi în raport cu „pacientul primar" şi nici iniţierea schimbării terapeutice a structurii şi dinamicii familiale.

În mod sintetic, postulatele fundamentale ale psihosociologiei grupului familial, de a căror acceptare depinde în mare măsură întreg procesul psihoterapiei de familie, pot fi formulate astfel:

— acţiunile şi comportamentele fiecărui membru al familiei au consecinţe directe sau indirecte, manifeste sau latente pentru toţi ceilalţi;

— menţinerea unităţii grupului familial cere ca fiecare membru să acorde oarecare prioritate nevoilor grupului, dincolo de dorinţele, atitudinile şi opiniile proprii;

— pentru a-şi îndeplini funcţiile esenţiale faţă de societate, de adulţi şi de copii, grupul familial trebuie să posede obiective unitare şi o conducere unitară pentru realizarea acestor obiective;

— în familie există o tendinţă naturală spre divizarea relaţiilor interpersonale în diade; acestea reprezintă un nivel inferior de organizare faţă de grupul familial, care, prin excluderea celorlalţi membri din tranzacţii semnificative, subminează unitatea familială;

— dacă în interacţiunea familială, indivizii nu-şi asumă roluri reciproc-gratificante, viaţa familială se desfăşoară în mod disfuncţional, psihopatogenetic şi poate duce la apariţia unor manifestări clinice.

6. Relaţiile de rol în familie—parametru al normalităţii familiale

Definit ca „pattern comportamental orientat spre scopuri particulare, modelat de o cultură sau subcultură pentru un anumit loc sau funcţie pe care un individ le deţine într-un grup social sau într-o situaţie socială" (J. P. Spiegel, 1958, p. 78), conceptul de *rol* are o importantă contribuţie la explicarea proceselor familiale. Într-adevăr, investigaţiile psihosociologice, ca şi observaţiile clinice, au confirmat justeţea afirmaţiei că „la baza unui număr însemnat de tulburări afective... nu există altceva decît insuficienţa, excesul sau necunoaşterea rolului fiecăruia în familie" (M. Porot, 1973, p. 11).

Diferenţierea pe verticală şi pe orizontală a membrilor familiei, ierarhizarea indivizilor în funcţie de vîrstă, sex, loc în fratrie etc. reprezintă una din caracteristicile cele mai generale ale familiei ca microgrup. Rolurile de părinte, soţ, tată, soţie şi mamă, fiu, frate, nepot şi bunic se exercită permanent şi se intercondiţionează alcătuind o foarte complicată reţea de roluri, definitorie pentru dinamica relaţiilor intrafamiliale.

Pînă în ultimii ani, psihologia familiei a folosit noţiunea de rol familial într-un sens normativ, ceea ce imprimă o abordare descriptiv-optativă, fapt ce impune aserţiunea conform căreia „în definirea şi exercitarea rolului intervin precumpănitor aptitudinile, împlinite prin competenţă... iar statutul reprezintă, psihologic, în primul rînd, un sistem de atitudini faţă de sine şi faţă de alţii" (P. Popescu-Neveanu, 1980, p. 198). Din această perspectivă s-au trasat caracteristicile tipice ale mamei şi tatălui, ca membri fundamentali ai grupului familial.

Astfel, s-a statuat că, în mod obişnuit, *rolul tatălui* în familie este acela de *lider instrumental*. Într-adevăr, în mod normal, poziţia familiei în comunitate şi în societate depinde în primul rînd de nivelul educaţiei şi de activitatea profesională a tatălui. În consecinţă, el este acela care oferă modelul instrumental al integrării în viaţa socială. Rolul tatălui este asociat cu trăsăturile autorităţii, ale securizării economice şi sociale, ale competenţei sociale, fapt pentru care „tatăl este mai atras în problemele educative după intrarea tinerilor în pubertate şi apoi în adolescenţă" (Ursula Schiopu, 1979, p. 117).

În contrast cu acesta, *rolul* primar, *tipic al mamei* vizează cu predilecţie viaţa afectivă a familiei. Încă de la naştere, relaţia care se stabileşte între mamă şi copil este de natură afectivă, iar evoluţia acestei relaţii are loc pe fondul unei continue comunicări afective. Datorită acestui fapt, rolul mamei este în mod primordial *afectiv-expresiv*, ei revenindu-i sarcina de a identifica nevoile afective ale membrilor familiei, de a facilita comunicarea expresivă, de a crea „atmosfera" definitorie a familiei.

Situaţiile create de psihoterapia de familie relevă cu pregnanţă rolul de lider emoţional al mamei. Ea este de cele mai multe ori purtătorul de

cuvînt al familiei; ea solicită examinarea psihiatrică și psihoterapia. Ea este cea care expune simptomele și încearcă să explice problemele cu care este confruntată familia. Rolul ei de lider emoțional este în mod implicit sau explicit recunoscut de toți ceilalți membri. Mai ales în familiile cu copii sub 10 ani se observă o foarte pregnantă loialitate față de mamă. Intensa legătură emoțională dintre mamă și copii se evidențiază în modul așezării în cabinet și în faptul că atunci cînd li se adresează o întrebare, copiii își îndreaptă privirea spre mamă înainte de a răspunde. Aprobarea de a dezvălui ceea ce ei consideră „secretele familiei" este căutată de copii în privirea mamei.

Analiza modului concret de relaționare interpersonală în familie evidențiază faptul că între rolurile parentale există o relație de condiționare reciprocă. Diviziunea sarcinilor tipice legate de rolurile complementare de mamă și tată nu este absolută. Ea indică numai dominanța anumitor aspecte, cum sînt autoritatea la tată și afecțiunea la mamă.

Semnalînd posibilitatea schimbărilor reciproce ale rolurilor parentale, subliniem în același timp necesitatea ca părinții să ofere copiilor modele de rol tipice, care să concorde cu cele ale societății. Orice inversare de roluri sau modificare a relațiilor de dominanță de tipul : autoritate maternă excesivă cuplată cu o conduită paternă feminizată are ca rezultat distorsionarea dezvoltării normale a personalității copiilor. Experiența clinică a arătat că „inversiunea rolurilor parentale este în mod special prejudiciabilă pentru copil, dacă această inversare este mascată" (S. Fleck, 1975, p. 388).

Personalitatea individuală a părinților trebuie să întrunească anumite atribute, însușiri, trăsături comportamentale tipice, pentru rolul de tată și mamă. Aceste atribute pot exista la niveluri și grade diferite la ambii părinți. Menționăm însă că absența din personalitatea tatălui a prerogativelor de tip masculin (competență socială, abilități instrumentale etc.) este mult mai psihopatogenă în raport cu copilul decît absența aceloraşi calități din personalitatea mamei. Analizînd situația sub unghi opus, al rolului mamei, putem afirma că pentru dezvoltarea armonioasă a personalității copilului sînt mult mai importante conduitele și aptitudinile de comunicare afectivă ale mamei, decît structura și conduita afectivă a tatălui.

Un alt aspect semnificativ al diferenței rolurilor patern și matern vizează orientarea predominantă a experienței subiective. Subliniem în acest context că experiența subiectivă (afectivă și intelectuală) a tatălui este centrată asupra realității extrafamiliale și în consecință observațiile sale vor avea drept conținut evenimente, situații și repere caracteristice lumii din afara familiei. Pe de altă parte, afectivitatea și inteligența mamei se concentrează cu predilecție asupra realității intrafamiliale, interpersonale și intraindividuale; valorizările ei vor viza în primul rînd aceste sfere ale vieții de familie. În vederea unei dezvoltări armonioase, copilul trebuie să realizeze conexiunea dintre extrafamilial și intrafamilial într-un model unic de trăire și înțelegere. Acest fapt nu este posibil decît dacă părinții reușesc, ca prin personalitatea lor, să transforme antagonismul modului lor de a participa la realitate, într-o complementaritate dinamică.

7. Relațiile parentale și psihopatologia familială

În orientarea procesului de dezvoltare a personalității copilului, influențele semnificative ale părinților se exercită pe trei direcții principale :

a) formarea și menținerea coaliției parentale; b) respectarea limitelor intergenerationale; c) instituirea unor modele tipice de rol.

a) Ca grup mic ce îndeplinește funcții complexe de decizie și control, familia este caracterizată printr-o conducere dublă; ea posedă doi lideri: tatăl și mama, ale căror roluri complementare permit formarea unei coaliții parentale, ce asigură unitatea conducerii.

Fermitatea coaliției parentale reprezintă un parametru important al unității familiale, un indicator-princeps al normalității și sanogenezei. Formarea și menținerea de către părinți a unui „bloc comun" diminuează fenomenele de psihopatologie familială generate de mecanisme spontane de diviziune în diade competitive, de rivalitate, de formare a unor alianțe etc.

În mod normal, pentru edificarea personalității sale, copilul are nevoie de ambii părinți: părintele de același sex, care constituie principalul obiect al identificării, pînă la atingerea vîrstei adulte, și părintele de sex opus, care servește drept obiect al afecțiunii și a cărui dragoste și aprobare este introiectată prin identificarea cu părintele de același sex. În virtutea acestei duble dependențe a procesului de individualizare, copilul trebuie să beneficieze de coaliția părinților, de aprobarea lor reciprocă, de suportul reciproc al fiecăruia dintre ei în rolurile corespunzătoare masculinității și feminității. Nici unul din părinți nu-și poate exercita eficient rolul, în condițiile izolării de celălalt; eficiența rolului parental al unui părinte este diminuată dacă partenerul conjugal îl denigrează, îl disprețuiește sau își îndreaptă asupra sa agresivitatea latentă. Confruntat cu un cuplu parental dezbinat, copilul va fi incapabil să introiecteze și să concilieze în forul său intrapsihic cele două figuri ireconciliabile. Rezultatul acestei dileme va fi o identitate de sine confuză, generatoare de tulburări ale maturizării afective a copilului.

În dezvoltarea longitudinală a copilului există momente critice în care semnificația influențelor parentale convergente este majoră. De exemplu, în faza oedipiană fermitatea coaliției parentale și efortul comun al tatălui și al mamei de a-l orienta pe copil spre cei de aceeași vîrstă cu el, de a-i frustra gradat dorința de relație exclusivă cu unul din părinți, duce la soluționarea sănătoasă a conflictelor oedipiene și creează un nucleu solid pentru dezvoltarea ulterioară a personalității.

Tulburările afective și de personalitate generate de eșecul părinților în realizarea unei coaliții adecvate pot lua la copil și adolescent forme de gravitate variabilă, de la simpla reacție nevrotică pînă la procesul psihotic sever.

b) Diviziunea familiei nucleare în două generații reprezintă un reper psihologic major în structurarea relațiilor familiale. Adulții, soți și părinți în același timp, formează generația care îi protejează și educă pe copii, oferindu-le acestora primele modele de identificare de tip adult. Dezvoltarea copilului se realizează prin internalizarea figurii parentale de același sex și „competiția" afectivă cu părintele de sex opus. Între părinți ca adulți se stabilesc relații specifice, diferite de cele dintre părinți și copii.

Dependența inițială a copilului față de mamă, relația afectivă strînsă din perioada preoedipiană constituie un element fundamental al dezvoltării sănătoase a copilului, dar în anumite condiții ea poate deveni sursa unor perturbări emoționale. Așa cum au arătat primele studii asupra privării și carenței afective „pentru sănătatea psihică a copilului mic și

pentru stabilirea unor premise ale dezvoltării normale a întregii personalități este esențial ca acesta să trăiască experiența unei relații afective intime, calde și continue cu mama sa" (J. Bowlby, 1951, p. 28). Această „uniune simbiotică" cu mama trebuie înlocuită treptat cu o *relație de diferențiere* în care să se evidențieze limitele între cele două generații și să se faciliteze procesul orientării copilului spre cei de aceeași vîrstă cu el. Părinților le revine sarcina realizării optime a acestei prime separații, a instituirii și menținerii unor limite intergenerationale firești.

În familia nucleară poate apărea o infinitate de situații particulare susceptibile de a genera încălcarea limitelor între generații. *În esență, nerespectarea limitelor intrafamiliale este o consecință a eșecului realizării coaliției parentale.* Atunci cînd investițiile afective ale părinților nu se realizează în primul rînd în interiorul cuplului, apare riscul transformării copilului în obiect de gratificare substitutivă, compensatorie. În locul diadei parentale, familia va fi dominată afectiv de o altă diadă (de exemplu, tată-fiică); în această situație limitele generaționale sînt încălcate. În locul relațiilor afective normale dintre părinți și copii, familia va avea o constelație emoțională în care copilul va juca rolul unui rival în raport cu părintele de același sex. Antrenarea copilului în astfel de rivalități, care depășesc posibilitățile sale de vîrstă sau în rolul de suporter al nevoilor excesive de dependență ale unuia din părinți, antrenează tulburări emoționale de gravitate variabilă. Investirea energiei psihice necesare rezolvării propriilor sarcini de dezvoltare se realizează în mod neeconomic, în exterior, provocînd uneori distorsiuni ireversibile ale personalității copilului.

c) Complementaritatea rolurilor legate de sex ale părinților reprezintă unul din aspectele cele mai importante în raport cu dezvoltarea normală a personalității copilului.

Fără a adera integral la opinia conform căreia „dintre toți factorii care contribuie la formarea caracteristicilor de personalitate ale unui copil, sexul este probabil cel mai decisiv" (T. Lidz, 1974, p. 259), nu putem ignora faptul că în clinica psihiatrică, perturbările din sfera identității sexuale sînt prezente în aproape toate entitățile nozografice, de la pacienții nevrotici la psihopați și mai ales la psihoticii tineri.

Atributele psihologice ale masculinității-feminității nu decurg în mod automat din apartenența biologică la un sex sau altul. Ele se structurează treptat, prin imitație și învățare, prin identificări succesive cu părintele de același sex, dar și prin atribuirea repetată de către membrii familiei a rolului de băiat sau fată — copilului.

Ca în majoritatea proceselor ce contribuie la construirea personalității copilului, rolul părinților este semnificativ și în orientarea procesului de identificare sexuală. Nerespectarea unei diviziuni normale a rolurilor familiale afectează în mod diferit pe copiii de sexe diferite. Cercetările au arătat că „o fată întîmpină mai mari dificultăți în formarea caracteristicilor feminității și maternității, dacă are o mamă inafectivă și introvertită, decît un băiat în aceeași situație. Reciproc, un fiu al cărui tată este lipsit de caracteristici masculine esențiale va avea mai mari dificultăți în dobîndirea unor trăsături instrumentale de personalitate necesare integrării eficiente în rolul de bărbat, soț, tată" (T. Parsons, R. Bales, citați de T. Lidz, 1974, p. 259).

Pentru a formula mai explicit și mai operant această relație legică între conduitele de rol ale părinților și efectul lor asupra copiilor, putem

spune că absența din personalitatea tatălui a unor atribute semnificative ale masculinității psihologice se răsfrînge în mod predominant asupra dezvoltării copilului-băiat, în timp ce evoluția normală a personalității fetei este mai mult prejudiciată de neacceptarea propriei feminități de către mama sa.

Pentru ca o familie să funcționeze normal și sanogenetic este necesar deci ca părinții să-și mențină rolurile lor primare legate de sex și să se sprijine reciproc în exercitarea acestor roluri.

Contrar aparențelor, „regula" de funcționare formulată mai sus nu contravine realității contemporane în care femeia își asumă din ce în ce mai mult roluri extrafamiliale (profesionale, sociale etc.), iar soțul este mai implicat în activitățile de creștere și educare a copiilor. Împărțirea și împărtășirea reciprocă a sarcinilor legate de rol în familia contemporană a devenit o necesitate, iar rezolvarea ei normală este o problemă de pondere, de echilibru dinamic și mai ales de determinare.

Bibliografie

Ackerman, N., Behrens, M., *Family Diagnosis and Clinical Process*, în : *American Handbook of Psychiatry* (S. Arieti ed.), New York, Basic Books, vol. I, 1974, p. 31—52.

Anthony, J., *Un modèle hypothétique d'étude des familles*. în : *L'enfant dans la famille* (J. Anthony, C. Koupernik eds.), Paris, Masson et Cie, 1970, p. 3—19.

Bloch, A. D. *The Family of the Psychiatric Patient*, în : *American Handbook of Psychiatry* (S. Arieti ed.) New York, Basic Books, 1974, vol. I, p. 179—201.

Bowlby, J., *Maternal Care and Mental Health. Monogr. series*, nr. 2, World Health Organization, Geneva, 1951.

Fleck, S., *The Family and Psychiatry*, în : *Comprehensive Textbook of Psychiatry* (A. M. Freedman, H. I. Kaplan, B. J. Sadock eds.), Baltimore, Williams-Wilkins, 1975, p. 382—398.

Golu, P., *Psihologie socială*, București, Edit. did. și ped., 1974.

Kernberg, O., *Modern Hospital Milieu Treatment of Schizophrenia*, în : *New Dimensions in Psychiatry : A World View* (S. Arieti, ed.), New York, John Wiley, 1975, p. 201—221.

Klineberg, O., *Social Psychology*, New York, H. Holt, 1954.

Kovel, J., *A Complete Guide to Therapy. From Psychoanalysis to Behavior Modification*, New York, Pantheon Books, 1976.

Lidz, T., *The Family : The Developmental Setting*, în : *American Handbook of Psychiatry* (S. Arieti ed.), New York, vol. I, 1974, p. 252—266.

Minuchin S., *Structural Family Therapy*, în : *American Handbook of Psychiatry* (S. Arieti, ed.), 1974, Basic Books, vol. II, p. 178—192.

Popescu-Neveanu, P., *Interacțiunea atitudini-aptitudini*, în : *Probleme fundamentale ale psihologiei* (red. B. Zörgö și colab.), București, Edit. Academiei, 1980, p, 196—202.

Porot, M., *L'enfant et les relations familiales*, Press Univ. France, Paris, 1973.

Sherif, M. et al., *An outline of social psychology*, New York, Harper, 1956.

Speck, R. V., *Family Therapy of the Suicidal Patient*, în : *Suicidal Behaviors* (H. L. P. Resnick ed.), Boston, Brown, 1968.

Spiegel, J. P., *Homeostatic Mechanisms within the Family*, în : *The Family in Contemporary Society* (J. Galdston ed.), New York, International Universities Press, 1958, p. 70—95.

Șchiopu, Ursula, *Criza de originalitate la adolescenți*, București, Edit. did. și ped., 1979.

Capitolul V

METODE DE INVESTIGAȚIE ÎN PSIHOLOGIA CLINICĂ

1. Obiective și strategii ale psihodiagnosticului clinic

Problemele teoretice ale psihodiagnozei, ale valorii și limitelor metodei testelor în general, au constituit în ultima vreme obiectul unor discuții pertinente, în numeroase lucrări de specialitate, precum și în cadrul unor manifestări științifice pe plan național și internațional (Vezi A. Anastasi, 1969, M. Roșca, 1971, B. Zörgö, 1971, S. Alexandru, 1975, I. Radu, 1976, A. Cosmovici, 1980).

Principalele concluzii ale acestor discuții au fost următoarele: a) Numai întrebuințînd teste care satisfac toate *criteriile științifice de validitate*, fără a fetișiza aceste tehnici de investigație, ci dimpotrivă ținînd cu strictețe seama de posibilitățile și limitele lor, acestea își vor dovedi utilitatea reală în activitatea practică (și în cea de cercetare) pe care o desfășoară psihologii în diverse domenii: în școală, în industrie, în clinică etc. b) Un examen psihodiagnostic nu poate surprinde complexitatea fenomenelor psihice cu ajutorul unui singur test, oricît de bine alcătuit ar fi acesta, ci prin *folosirea mai multor teste judicios selecționate în funcție de obiectivul urmărit* și de strategia adoptată, ca fiind cea mai adecvată atingerii acestuia. c) Metodele psihodiagnostice trebuie *aplicate cu multă acuratețe*, ținîndu-se riguros seama de instrucțiunile ce le însoțesc și, eventual de datele referitoare la acestea, obținute prin experimentările ulterioare. d) *Interpretarea rezultatelor* nu poate fi făcută decît *de către persoane cu o înaltă calificare în domeniul psihologiei.*

Largul spectru al metodelor și tehnicilor psihodiagnostice devenite deja tradiționale în psihologia clinică, precum și spațiul limitat al acestui capitol, fac imposibilă o trecere în revistă exhaustivă, ca și o descriere amănunțită a lor. (Cf. U. Șchiopu, 1970, M. Roșca, 1972, L.J. Cronbach, 1969, J. Delay, P. Pichot, J. Perse, 1966, A. Anastasi, 1969, R. Meili, 1964 ș.a.).

Noi ne vom referi aici, cu precădere, la unele aspecte mai specifice ale utilizării metodelor psihodiagnostice în clinică.

Psihodiagnosticul clinic reprezintă aplicarea metodelor psihodiagnostice în clinică și adaptarea acestora la problemele specifice domeniului. M. Harrower (1965) stabilește o listă cu zece cerințe cărora trebuie să le răspundă psihodiagnosticul clinic: depistarea factorilor etiologici; diferențierea tulburărilor organice de tulburările funcționale; definirea reacțiilor proprii organismului la o boală; estimarea gradului de handicapare condiționat de factorii organici și de factorii funcționali; evaluarea amplorii sau intensității procesului morbid în raport cu date cantificabile privind tipul sau gradul de gravitate; stabilirea unui prognostic și estimarea probabilității succesului terapeutic; stabilirea unei baze obiective pentru indicarea unor măsuri terapeutice specializate; pregătirea unei baze obiec-

tive pentru discuţia referitoare la istoricul bolii, cu bolnavul şi cu familia; asigurarea unei baze ştiinţifice pentru clasificarea şi analiza statistică a datelor; formularea unei ipoteze dinamice care să poată susţine o explicaţie a succesului terapeutic, ţinînd cont de natura procesului morbid şi de patogenie (*apud* W. Schraml, 1973, p. 19—21).

După cum se poate vedea, această listă de cerinţe este pe cît de cuprinzătoare pe atît de ambiţioasă, solicitînd psihologului clinician nu numai o bună cunoaştere a tehnicilor psihodiagnostice, ci şi o formaţie clinică presupunînd vaste cunoştinţe de psihopatologie, de psihologie dinamică, de psihologie medicală, precum şi o aprofundată experienţă clinică.

Din această sumară descriere a formaţiei şi informaţiei necesare „psihologului clinician" reies şi diferenţele faţă de formaţia şi rolul tradiţional al „psihologului în clinică", pentru care cunoştinţele temeinice de psihodiagnostic şi psihologie generală erau suficiente.

Această concepţie modernă asupra pregătirii şi sarcinilor psihologului clinician răspunde cu o mai mare eficienţă necesităţilor mereu crescute ale practicii clinice, fiind în pas cu imperativul unei specializări tot mai accentuate, caracteristică evoluţiei tuturor ştiinţelor. Rolul şi statutul psihologului clinician implică osmoza între formaţia psihologică în general şi necesităţile practicii clinice, permiţînd acestuia o colaborare fructuoasă cu medicul şi o participare competentă şi eficientă la rezolvarea problemelor diagnostice şi terapeutice.

Un alt aspect dezbătut în literatura de specialitate este cel al acordării terminologiei psihologice şi psihodiagnostice cu cea medicală, acord decisiv pentru schimbul de informaţii dintre medic şi psihologul clinician.

Acest schimb de informaţii poate avea loc în două forme. În prima, psihologul stabileşte strategia şi programul psihodiagnostic, pornind de la informaţiile privitoare la problemele clinice ale pacientului furnizate de medic, fără a-şi formula el însuşi ipoteze proprii asupra acestora, şi îi înmînează acestuia protocolul rezultatelor redactat în limbaj psihologic; sau, în a doua formă, psihologul stabileşte strategia psihodiagnostică pornind de la problemele clinice ale pacientului, pe care le constată el însuşi în discuţiile cu acesta, îşi formulează ipoteze proprii incluzîndu-le într-un protocol scris sau comunicîndu-le verbal medicului (folosind limbajul, modul de gîndire şi optica acestuia), în vederea stabilirii în comun a unor opţiuni diagnostice şi prognostice. Aceste două forme sînt denumite de Schraml: prima, *forma cooperativă*, iar a doua, *forma integrativă*. Autorul consideră că demersul psihodiagnostic integrativ este posibil „dar el cere în primul rînd o cunoaştere solidă a nosologiei psihiatrice, pedopsihiatrice, neuropsihologice şi psihosomatice. Fiecare examen, fie el somatic sau psihologic, presupune ipoteze mai mult sau mai puţin conştiente din partea examinatorului, care hotărăşte orientarea investigaţiei sale şi alegerea tehnicilor de examinare. Există o diferenţă importantă între psihologul clinician căruia medicul îi furnizează ipotezele de bază (forma cooperativă) şi cel care îşi elaborează el însuşi ipotezele şi modelează examenul psihodiagnostic, pornind de la discuţia pe care o are cu pacientul sau cu medicul (forma integrativă). Această ultimă cale este cea urmată de majoritatea psihologilor americani (Rapaport şi colab., 1946; Schafer, 1954), şi ea determină din ce în ce mai mult fizionomia psihologiei clinice internaţionale" (W. Schraml, 1973, p. 23—24).

În prezentarea metodelor psihodiagnostice, noi am optat pentru o clasificare a acestora — care ni s-a părut mai potrivită pentru a scoate

în evidenţă specificul utilizării lor în clinica psihiatrică, neurologică şi de boli psihosomatice — în : a) metode de investigaţie a funcţiilor şi aptitudinilor psihice şi b) metode de investigare a personalităţii, făcînd, în partea finală a capitolului, cîteva consideraţii cu privire la unele probleme ale psihodiagnosticului în funcţie de domeniul clinic de aplicare (în psihoze, nevroze, psihopatii, tulburări psihosomatice şi boli neurologice).

2. Metode de investigaţie a funcţiilor şi aptitudinilor psihice

2.1. *Testarea atenţiei şi oboselii.* Capacitatea de concentrare a *atenţiei* este un parametru care intervine nespecific, influenţînd rezultatele oricărei probe de performanţă. Probele de concentrare a atenţiei se adresează, de obicei, secundar şi perseverării în sarcină. Printre cele mai cunoscute se numără testul Toulouse-Piéron, testul Kraepelin etc. Un alt aspect avut adesea în vedere este distributivitatea atenţiei. Cea mai cunoscută probă destinată măsurării acestui factor în psihodiagnostic este testul Praga.

În ceea ce priveşte *oboseala*, interesul pe care îl prezintă examinarea acestui proces psihofiziologic, în clinică, este justificat de faptul că modificări ale fatigabilităţii apar în semiologia majorităţii entităţilor nosologice psihiatrice. Pentru măsurarea acesteia, cel mai frecvent folosit este testul SLI (stimulare luminoasă intermitentă). Frecvenţa cu care este prezentat stimulul luminos în interiorul unei sfere, apărînd ca lumină intermitentă sau continuă, constituie un indiciu al oboselii psihice. Fatigabilitatea poate fi evaluată şi în funcţie de scăderea treptată a performanţei la testul Toulouse-Piéron.

2.2. *Testarea funcţiilor senzoriale şi motorii.* Tehnicile de *examinare a funcţiior senzoriale* şi în primul rînd a sensibilităţii vizuale, auditive şi tactile, deşi sînt legate de începuturile psihologiei experimentale, se află astăzi într-o zonă de intersecţie cu specialităţile medicale : oftalmologie, audiologie, neurologie. Cunoştinţe privind tulburările acestor funcţii îi sînt necesare psihologului clinician fie şi pentru a putea recomanda un examen de specialitate atunci cînd acesta s-ar dovedi necesar. Dintre diversele probleme legate de funcţia vizuală, examinarea posibilităţilor de diferenţiere cromatică este cea mai frecvent pusă în faţa psihologului. Metoda cea mai uzuală se bazează pe întrebuinţarea planşelor pseudoizocromatice, în special seriile Ishihara (complete sau prescurtate).

a) *Examinarea funcţiilor motorii* se află de asemenea la o intersecţie metodologică cu neurologia. Cu toate acestea, psihologia dispune de un vast arsenal de metode de examinare a acestor funcţii. Printre cele mai des întrebuinţate cităm : dinamometrele, impulsometrul (Moede), tremometre, proba tapping, proba firului de sîrmă (Kraepelin).

b) Evaluarea capacităţii de *coordonare senzoriomotorie* se face de obicei cu ajutorul probelor de reactivitate, disfuncţiile din acest domeniu putînd fi de natură somatică sau psihică. Acesta este domeniul în care psihologul are de ales probabil din cel mai variat inventar de probe, dacă ar fi să amintim fie şi numai diferitele tipuri de reactometre.

Fleishman (1956) oferă o listă a factorilor determinanţi pentru coordonarea psihomotorie : timpul de reacţie; precizia mişcărilor mîinilor;

viteza mişcărilor braţelor; dexteritatea degetelor; dexteritatea manuală; discriminarea posturală; coordonarea psihomotorie fină; coordonarea mixtă a membrelor; controlul vitezei mişcărilor; orientarea răspunsului; integrarea răspunsului.

2.3. *Testarea percepţiei şi reproducerii formelor.* Acest factor are o importanţă deosebită în clinică, tulburările capacităţii de percepere şi reproducere corectă a unor forme constituind indicii preţioase în diagnosticarea organicităţii unor tulburări psihice.Probele cele mai frecvent utilizate sînt testul Bender şi testul Benton, ambele constînd în percepere vizuală a unor forme şi reproducerea lor grafică din memorie.

2.4. *Teste de reprezentare spaţială.* Considerat a fi legat de inteligenţa practică, acest factor este măsurat printr-o serie de probe, constînd cel mai adesea în efectuarea unor operaţii de translaţie sau răsturnare în vederea stabilirii identităţii a două forme (metoda Slater) sau în indicarea unor figuri care, fie „direct", fie prin asamblare sînt potrivite pentru a umple lacunele dintr-un desen (testul de completare a lacunelor al lui Friederich).

Un al treilea tip de probe adresîndu-se capacităţii de reprezentare spaţială este cel care constă în numărarea unor cuburi (scala Beta) sau cărămizi (Thurstone) văzute din perspectivă.

2.5. *Testarea memoriei.* Sistematica mai frecvent folosită în clinică este cea care distinge trei tipuri de memorie : memorie imediată, memorie recentă şi memoria evenimentelor îndepărtate.

Memoria imediată este cea care răspunde de recunoaşterea sau reproducerea unui conţinut la mai puţin de zece secunde de la prezentarea lui şi apare perturbată la bolnavii cu leziuni cerebrale. Tulburările *memoriei recente* care se referă la intervale de peste zece secunde, se întîlnesc la bolnavii cu sindrom Korsakov. *Memoria evenimentelor îndepărtate* apare perturbată mai ales la bolnavii prezentînd stări demenţiale sau traumatisme craniene (G. Ionescu, 1970 a).

Metodele de investigare a memoriei merg de la sarcini ca : repetarea unor silabe fără sens pînă la reproducerea unor liste de cuvinte sau texte. Printre cele mai folosite metode de apreciere a funcţiei mnemice, în afara probei lui Rey de memorare a unei serii de 15 cuvinte în 5 repetiţii (A. Rey, 1970, p. 141–193), trebuie menţionată scala de memorie a lui Wechsler : W.M.S. (Wechsler Memory Scale), cuprinzînd mai multe tipuri de probe.

2.6. *Testarea calităţilor funcţiei verbale.* Tulburările de limbaj reprezintă un fenomen frecvent întîlnit nu numai în clinica psihiatrică, ci şi în cea de neurologie. Pentru surprinderea diferitelor tipuri de tulburări, precum şi pentru măsurarea performanţelor legate de această funcţie, psihologului clinician îi stau la dispoziţie un număr suficient de mare de probe, începînd cu testul de apreciere a vitezei de mobilizare a vocabularului din scala Binet-Simon, testul de fluenţă verbală al lui Thurstone, precum şi cel de asociaţii dirijate (factorul W al lui Thurstone), testul de precizie a exprimării verbale al lui Weinberg şi sfîrşind cu subtestul Vocabular din WAIS.

2.7. *Testele de inteligenţă* constituie de fapt probe ale performanţei şi randamentului intelectual, rezultate din combinarea unei multitudini de factori. Metoda cea mai întrebuinţată în domeniul clinic este scala de

inteligenţă pentru adulţi a lui Wechsler (*WAIS*; *Wechsler Adult Intelligence Scale*) (D. Wechsler, 1967).

Aceasta constă în unsprezece subteste dintre care şase verbale şi cinci nefăcînd apel la limbaj. Acestea sînt:

Scala verbală: 1) Informaţie, 2) Comprehensiune, 3) Aritmetică, 4) Similitudini, 5) Memoria cifrelor, 6) Vocabular.

Scala de performanţă: 7) Cod, 8) Completare de imagini, 9) Cubul (Kohs), 10) Aranjarea de imagini, 11) Asamblarea de obiecte. Această scală are o largă întrebuinţare în clinică pretîndu-se la o serie întreagă de întrebuinţări specifice anumitor scopuri diagnostice (diagnosticarea deficienţelor intelectuale, a deteriorării şi a unor sindroame). Limitele acestei metode sînt date de faptul că factorul *cultură generală* şi cel *verbal* intervin în 50% din probe. Pentru a măsura randamentul intelectual al unor persoane prezentînd tulburări de limbaj, se folosesc teste neverbale de inteligenţă, cel mai cunoscut fiind Matricile progresive ale lui J.C. Raven (1960) ale cărui scoruri pot fi transformate în coeficienţi intelectuali (C.I.) (L. Repan, 1968). Relativ recent, în ţara noastră, G. Bontilă (1971) a adaptat şi etalonat o serie de teste de aptitudini.

2.8. *Examinarea nivelului de dezvoltare mentală şi a aptitudinilor intelectuale la copil.* Primele preocupări pentru elaborarea unei metode de diagnosticare a nivelului de dezvoltare mentală a copiilor în vederea orientării celor slab dotaţi spre şcoli speciale, îi aparţin lui A. Binet. În 1905, acesta publică în colaborare cu Th. Simon prima scală de evaluare a aptitudinilor intelectuale. În acelaşi timp, autorii au propus şi sintetizarea performanţelor într-un concept aritmetic, de *vîrstă mentală*. Vîrsta mentală calculată pe baza reuşitelor şi eşecurilor la probele testului, era comparată cu vîrsta cronologică a copilului. Mai tîrziu, Stern a reunit aceste două noţiuni, elaborînd conceptul de *coeficient* intelectual (C.I.). folosit astăzi de toţi psihologii. În 1916 Terman face prima revizie a *scalei Binet-Simon*, dînd naştere *testului Stanford-Binet*, larg întrebuinţat pe parcursul mai multor decenii. Acesta a mai suferit, în decursul timpului, şi alte revizii (a doua în 1937, iar a treia, apărută în 1960, după moartea lui Terman). De asemenea au fost efectuate două revizii pentru populaţia de limbă germană — a lui Probst (1948) şi a lui Kramer (1954), precum şi o revizie franceză făcută sub conducerea lui R. Zazzo (1967). Pornind de la testul Wechsler-Bellevue, precursor al WAIS-ului, a fost elaborată şi o formă pentru copii, *WISC* (*Wechsler Intelligence Scale for Children*) (D. Wechsler, 1965).

Alte teste folosite pentru examinarea nivelului de dezvoltare intelectuală a copiilor sînt: 1) California First-Year-Mental Scale — se aplică între 1 şi 18 luni. 2) Cattell Infant Intelligence Scale — se aplică între 2 şi 30 de luni. 3) Gesell Developmental Schedules — pentru vîrsta de patru săptămîni pînă la 6 ani. 4) Griffiths Mental Development Scale — pentru copiii între 0—2 ani. La noi C. Zahirnic şi colab. (1975) au experimentat o baterie de nivel intelectual pentru vîrsta de 6—10 ani.

3. Metode de investigaţie a personalităţii

Tehnicile destinate surprinderii tendinţelor şi structurii personalităţii se pot grupa în două mari categorii de metode vizînd diversele aspecte ale personalităţii, distingîndu-se două grupe aparte: *testele analitice* şi *tehnicile proiective*.

3.1. *Grupa tehnicilor analitice* de examinare a personalității cuprinde: 1) metodele de observație; 2) chestionarele; 3) metodele obiective.

Metodele de observație cuprind — după P. Pichot (1960, p. 246) convorbirea, tehnicile sociometrice și scalele de evaluare.

a) *Convorbirea.* În ciuda caracterului empiric, nesistematizat, a dificultăților de cantificare și standardizare, precum și a puternicului grad de subiectivitate pe care îl presupune, convorbirea este totuși metoda cea mai răspîndită, rezultatele ei fiind cel mai adesea considerate criteriul de verificare pentru alte metode. Principiile fundamentale sînt aceleași cu cele ale examenului clinic psihiatric și tind să se confunde cu acesta.

Rezultatele metodei depind în mare măsură de măiestria celui care o aplică, întrucît, în ciuda aparențelor, convorbirea nu e o metodă la îndemîna oricui, ea presupunînd unele aptitudini și o îndelungată experiență. Convorbirea constituie fără îndoială — spune R. Meili (1964, p.144) — metoda psihologică cea mai complicată și cea mai dificil de însușit, presupunînd „o mare experiență și numeroase cunoștințe". După opinia lui J. Piaget *(apud.* Ch. Nahoum, 1975, p. 43—44) ea este atît de dificilă, încît „presupune cel puțin unul sau doi ani buni de antrenament". Utilizarea acesteia cere două calități principale: „să știi să observi" și „să știi să cauți ceva precis".

În clinică metoda are o importanță deosebită, furnizînd prin relatările subiectului date anamnestice bogate, informații asupra trăirilor anterioare sau prezente, a atitudinilor și motivelor conduitelor acestuia; iar prin comportamentul din timpul convorbirii, ea oferă psihologului clinician prilejul de a culege o serie întreagă de date de observație (modificările de debit și de ritm verbal „mimica" verbală, coerența gîndirii, modificările mimico-gesticulare etc.) care, coroborate cu rezultatele obținute prin alte metode (chestionare, teste proiective etc.) pot contribui la stabilirea diagnosticului și a procedeelor terapeutice.

b) *Tehnicile sociometrice.* Acest grup de metode, cu un grad de obiectivitate crescut față de convorbire, aparține unei zone de intersecție între psihologie și sociologie, fiind preluate în ultimul timp și de psihologia clinică și folosite în cadrul terapiilor de grup. Examinarea structurii relațiilor interpersonale, sub denumirea de sociometrie, a debutat în 1934 și în aparține lui Moreno. Această metodă are la bază preferințele și respingerile reciproce ale membrilor unui grup în ceea ce privește desfășurarea în comun a diferitelor activități. Alegerile și respingerile permit elaborarea unei sociograme ale cărei structuri și variații pot constitui indicii psihodiagnostice.

c) *Scalele de evaluare* se bazează pe aprecierea cantitativă a unuia sau mai multor aspecte comportamentale ale unui subiect, de către un observator. Această metodă este în esență identică cu metoda observației clinice, oferind în plus posibilitatea cantificării rezultatelor.

S-au efectuat o serie întreagă de studii asupra validității acestei metode și asupra problemelor pe care le ridică. Astfel, s-a constatat că și personalitatea și educația observatorului influențează în mare măsură rezultatele, efectul „halo" intervenind adesea. De asemenea, s-a constatat că scalele de evaluare a unor trăsături comportamentale dau rezultate superioare celor ce încearcă să surprindă diferiți factori ai personalității, precum și că validitatea aprecierilor făcute asupra unor subiecți extravertiți este superioară celei a aprecierilor făcute asupra subiecților introvertiți (G. W. Allport, 1981, p. 421—235).

Chestionarele. Istoricul chestionarelor de personalitate începe în 1917 cu P.D.S. (Personal Data Sheet) al lui Woodworth, a cărui variantă modernă, cunoscută sub numele de W.M. (Woodworth — Matthews), este frecvent folosită și astăzi. Printre cele mai cunoscute și larg aplicate chestionare trebuie menționate: chestionarul de temperament Humm-Wadsworth, întemeiat pe concepția asupra personalității a lui Rosanoff, vizînd șase caracteristici: normal, isteroid, depresiv, autistic, paranoid, epileptoid. În ciuda terminologiei psihopatologice, această scală este destinată examinării unor subiecți normali (Cf. J. Perse 1960).

În al doilea rînd, trebuie menționat *testul 16 PF* (testul celor 16 factori de personalitate), al lui Cattell, validat prin metoda analizei factoriale și în legătură cu care un grup de cercetători români, experimentînd pe un lot de o mie de subiecți, au elaborat un etalon experimental și un program de prelucrare a datelor la calculator (C. Zahirnic, A. Jula, C. Cotor, 1976).

Alte chestionare de largă circulație sînt: *scala de anxietate* a lui Cattell, chestionarul G.Z.T.S. (Guilford — Zimmerman Temperament Survey) și cele două chestionare ale lui Eysenck: *E.P.I.* (Eysenck Personality Inventory, 1964) și *E.P.Q.* (Eysenck Personality Questionnaire, 1975). Incontestabil însă, cel mai cunoscut, cel mai întrebuințat și probabil cel mai elaborat chestionar îl reprezintă M.M.P.I.-ul (Minnesota Multiphasic Personality Inventory) al lui Hathaway și McKinley (1951).

Inventarul multifazic de personalitate Minnesota alcătuit de un psiholog, Starke Hathaway, și un psihiatru, J.C. McKinley, pentru a constitui un ajutor în diagnosticul clinic, a beneficiat de marea dezvoltare a psihologiei clinice americane din anii celui de-al doilea război mondial și din perioada imediat următoare. Astfel, bibliografia conținînd cercetările și studiile privitoare la acest chestionar cuprindea în 1954 în jur de șapte sute de titluri și rata de creștere era de 100 noi titluri pe an (L.J. Cronbach, 1969).

Testul este alcătuit din 550 itemi constînd în tot atîtea enunțuri afirmative sau negative pe care subiectul trebuie să le claseze în două categorii: adevărate și neadevărate, avînd posibilitatea însă și să le respingă, plasîndu-le într-o a treia categorie: „nu pot să spun".

În vederea prelucrării și interpretării rezultatelor, testul are patru scale de validitate și zece scale clinice. Scalele de validitate sînt folosite pentru a verifica atitudinea subiectului față de text, sinceritatea și gradul de înțelegere a instrucțiunilor și a conținutului itemilor. Atunci cînd apar distorsiuni ale răspunsurilor, scalele de validitate le indică gradul și tipul.

— *Scala „nu pot să spun"*, desemnată grafic printr-un semn de întrebare (?), indică o reducere a validității scalelor clinice, atunci cînd scorul ei, egal cu numărul de itemi la care nu s-a dat un răspuns ferm, este peste zece.

— *Scala L* indică gradul de autoapărare, sau altfel spus, măsura în care, în mod conștient sau inconștient, subiectul vrea să facă impresie bună.

— *Scala K.* Scorurile ridicate la această scală (peste 60) sînt indiciul unei apărări excesive împotriva slăbiciunilor psihice. Scorul scalei K este folosit ca un indice de validitate și ca o corecție statistică pentru scalele clinice.

— *Scala F* încearcă să surprindă o atitudine opusă celei căreia se adresează scalele *L* și *K*. În locul tendinței de a minimaliza sau nega aspec-

tele patologice, aceasta înregistrează tendința de a le exagera. Bizareria și raritatea răspunsurilor la cei 64 itemi ale acestei scări pot constitui un indiciu de anormalitate (schizofrenii, depresii) dar pot indica și o intenție de a încurca rezultatele sau o simulare deliberată a unor tulburări mentale, în vederea obținerii unor avantaje.

Cele zece scale clinice, denumite inițial prin siglele unor sindroame, sînt desemnate în ultima vreme prin cifre arabe, reprezentînd numărul de ordine al scalei în profilul standard.

Scala 1 (Hs — Hipocondria). Subiecții care obțin scoruri ridicate la această scală sînt excesiv preocupați de starea sănătății lor acuzînd diverse suferințe somatice, resimțite de ei ca reale deși acestea nu au bază organică. Scorul ridicat nu indică în mod necesar prezența unui sindrom ipohondriac simptomele respective putînd fi întîlnite și în depresii, schizofrenii sau nevroze isterice.

Scala 2 (D = Depresie). Această scală înregistrează, cel mai adesea, scoruri ridicate la subiecții din clinica psihiatrică, ceea ce se poate explica prin faptul că o oarecare nuanță depresivă este comună majorității formelor de neadaptare. Scorurile ridicate la această scală indică moral scăzut, depresie, descurajare, sentimente de inutilitate și de respingere, insatisfacție și autocritică exagerată.

Scala 3 (Hy = Hysterie). Validată pe un grup de pacienți, prezentînd simptome ale isteriei de conversie, ca paralizii, parestezii, tulburări cardiace funcționale, itemii acestei scale vizează, pe de o parte, aria acuzelor somatice, iar pe de altă parte, domeniul conduitei sociale. Spre deosebire de itemii *scalei 1*, aceștia descriu acuze mai precise în anumite zone bine delimitate ale corpului.

Scala 4 (Pd = Deviație psihopatică). Scorurile ridicate la această scală sînt specifice unor indivizi cu deficiențe ale rezonanței emoționale, ale capacității de a învăța din experiență și ale conformării cu normele sociale. Cele mai frecvente abateri de la aceste norme fiind minciuna, furtul, abuzul de alcool sau consumul de droguri, desfrîul. Ei diferă de tipul criminal, în primul rînd prin faptul că nu urmăresc obținerea unui avantaj personal și nu se feresc să fie descoperiți, și în al doilea rînd, prin faptul că de obicei sînt persoane inteligente și agreabile.

Scala 5 (Mf = Masculinitate — feminitate). Această scală a fost construită pentru a surprinde trăsăturile de personalitate și interesele asociate cu inversiunea sexuală necontaminată de nevroze, și psihoze sau tendințe psihopatice. Itemii reflectă interese de tip feminin și anxietate sexuală.

Scala 6 (Pa — Paranoia). Grupul pe care a fost validată această scală a fost alcătuit din subiecți suspicioși, suprasensibili, cu idei de persecuție și grandoare. Scala încearcă să surprindă structurile paranoiace de la nivelul normalității, pînă la cel psihotic.

Scala 7 (Pt = Psihastenie). Termenul de psihastenie, desemnînd pacienți cu tulburări fobice și comportament compulsiv, este rar întrebuințat în nosologia modernă. Avînd în vedere marea variabilitate a simptomatologiei obsesivo-fobice, itemii acestei scale nu descriu simptome propriu-zise, ci trăsături ale personalității, ca : nehotărîre, ruminații anxioase, perfecționism rigid.

Scala 8 (Sc = Schizofrenie). În ciuda heterogenității simptomelor grupate în marea categorie nosologică a schizofreniilor, scala încearcă să surprindă unele caracteristici generale ca : percepția și gîndirea pato-

logică, izolarea socială, discordanța afectivă, halucinațiile și ideile delirante. Itemii se adresează atît pacienților psihotici, cît și persoanelor caracterizate printr-un comportament nonconformist sau impulsiv.

Scala 9 (Ma = Hipomanie). Această scală are în vedere hipertimia caracteristică bolnavilor maniacali. Deoarece grupul pe care a fost validată scala era caracterizat de o simptomatologie mai puțin pregnantă, decît cea întîlnită la bolnavii cu diagnosticul de psihoză maniaco-depresivă, s-a folosit termenul de hipomanie. Itemii descriu trei trăsături fundamentale ale acestei categorii de bolnavi : hiperactivitatea, excitabilitatea emoțională și fuga de idei.

Scala 0 (Si = Introversie socială). Aceasta reprezintă o adăugire mai tîrzie, scala fiind validată pe un grup de femei fără probleme psihiatrice și urmărind să distingă studentele izolate din punct de vedere social, de cele active. Itemii descriu fenomene de disconfort în societate, susceptibilități, preocupări anxioase.

Pe baza scorurilor obținute, aplicîndu-se corecțiile necesare, se elaborează profilul individual. Cu ajutorul acestuia și folosindu-se Atlasul M.M. P.I. (Hathaway și Meehl, 1951), psihologul clinician poate elabora o descriere a personalității subiectului examinat.

Dacă prin folosirea profilului individual și interpretarea rezultatelor pe baza asociațiilor scalare se elimină, cel puțin în parte, îndoielile care au apărut în timp cu privire la valoarea, în diagnosticul diferențial, a scalelor clinice, rămîn totuși valabile o serie de critici, ca de ex. cele aduse de J. N. Butcher (1972). Acesta reclamă o reexaminare a structurii scalelor, avînd în vedere, pe de o parte, perfecționarea recentă a metodologiei de construire a acestora, și pe de altă parte, faptul că unele din „entitățile" clinice pe care s-au bazat inițial scalele M.M.P.I. sînt sau ieșite din uz, sau nerelevante pentru întrebuințarea curentă a probei (J. N. Butcher, 1972, p. 16). De asemenea, dacă folosirea scalelor de validare înlătură în bună parte obiecțiile aduse în general chestionarelor, cum ar fi posibilitatea subiectului de a minți sau de a înșela (P. Albou, 1973, p. 198 – 199), altele rămîn valabile. Capacitatea de autoapreciere obiectivă, pe care se bazează în mare măsură chestionarele, putînd fi dezvoltată prin exercițiu (G. Zapan, 1984), validitatea rezultatelor obținute cu ajutorul lor poate să fie sporită pe această cale.

Metodele obiective. Deși evoluția actuală a metodei chestionarelor tinde să crească gradul de obiectivitate al acestora, calificativul de „probe obiective" se acordă de obicei „unor teste analitice asemănătoare prin materialul lor, probelor de performanță" (P. Pichot, 1960, p. 251).

Ca exemple tipice pentru această categorie de metode, pot fi amintite *testele de nivel de aspirație*, elaborate pe baza cercetărilor lui Lewin și ale colaboratorilor săi. De asemenea, trebuie menționate o serie de teste de eficiență, care, printr-un sistem special de cotare, permit măsurarea unor trăsături ale personalității, cum ar fi : *labirintele Porteus* sau *testul de baraj Toulouse-Piéron*, modificat de Zazzo. Tot aici trebuie inserat și *diferențialul semantic* al lui Osgood. Această metodă concepută în vederea cercetării percepției, semnificației și atitudinilor mai curînd decît ca un test de personalitate, măsoară indirect conotațiile cuvintelor sau obiectelor. În cadrul demersului clinic, diferențialul semantic poate adăuga rezultatelor celorlalte metode informații asupra unor surse specifice de conflict.

Testul REP sau R.C.R.T. (Role Construct Reportery Test) al lui Kelly este folosit în vederea determinării modului în care un individ reflectă și interpretează lumea exterioară și interioară. Interpretarea rezultatelor acestui test se face de obicei prin analiza factorială. La noi, testul folosit de S. Marcus și colab. (1980, p. 34—53).

3.2. *Tehnici proiective.* Proiecția este definită ca mecanismul prin care subiectul expulzează din sine și localizează în exterior conținuturi psihice pe care le ignoră sau a căror apartenență la sine o respinge. Testele proiective au la bază ipoteza că acest mecanism intră în joc ca reacție la stimuli exteriori în interpretarea unor forme cu un anumit grad de ambiguitate și în alegerea unor imagini sau culori. Scopul metodelor proiective este surprinderea tendințelor profunde ale personalității în interrelațiile lor dinamice, adică a structurii personalității.

Fundamentele teoretice ale tehnicilor proiective se rezumă, după Bell (*apud* P. Pichot, 1960), la patru concepte privind natura personalității: a) personalitatea este un proces dinamic și nu unul static, ceea ce face necesare pentru explorarea sa instrumente capabile să oglindească acest aspect; b) personalitatea este explorabilă în pofida naturii sale dinamice, deoarece este structurată ca urmare a unei evoluții integrative; c) comportamentul individului este adaptativ, reprezentînd rezultatul interacțiunii dintre structura personalității și mediu. Cunoscînd doi din termenii acestei relații, și anume: *stimulii*, reprezentați de materialul testului, și *comportamentul*, reprezentat de reacțiile la test, se poate deduce cel de-al treilea termen, *structura personalității*. Problema este de a găsi stimuli și comportamente cît mai revelatoare; d) structura personalității este în mare parte inconștientă; comportamentul fiind determinat de ansamblul acestei structuri, tehnicile proiective pot explora componentele inconștiente.

Trei caracteristici principale ni se par a diferenția net metodele proiective de celelalte metode de explorare a personalității. Prima caracteristică o reprezintă multitudinea răspunsurilor posibile la un singur stimul dat. A doua caracteristică o reprezintă necesitatea de a ține cont, în interpretarea unui element comportamental, de alte elemente ale aceluiași comportament. Participarea contextului la interpretare este determinată de faptul că, în principiu, un anumit răspuns nu are o semnificație univocă. O a treia caracteristică o reprezintă faptul că subiectul nu este niciodată conștient de semnificația psihologică a răspunsului său. Anastasi (1969, p. 494) consideră instrumentele proiective ca procedee „*deghizate*" de testare, iar G.W. Allport (1981, p. 441), ca metode indirecte, „disimulate, oblice".

Acest din urmă aspect îl considerăm de o mare specificitate și avînd un rol hotărîtor pentru succesul demersului clinic, dată fiind frecvența tendințelor simulative, disimulative și suprasimulative, la pacienții clinicii psihiatrice.

Dintre diferitele clasificări ale metodelor proiective, clasică este considerată cea datorată lui Frank și bazată pe criteriul utilizării funcționale: a) *metode constitutive* — subiectul trebuie să structureze și să organizeze un material nestructurat; b) *metode constructive* — subiectul are de construit structuri mai cuprinzătoare, pornind de la un material dat; c) *metode interpretative* — sarcina subiectului constă în a interpreta un material, avînd o semnificație efectivă; d) *metode catartice* — constînd

în exteriorizarea unei reacţii emoţionale ca răspuns la un stimul; e) *metode refractive* — apreciind personalitatea individului, pe baza distorsiunilor unui mijloc convenţional de comunicare socială.

O altă clasificare este cea propusă de Eysenck: a) *teste de completare* — subiectul trebuie să completeze un lanţ asociativ, o frază sau o poveste, al căror început constituie stimulul; b) *teste interpretative* — sarcina constă în a interpreta, discuta sau alcătui o poveste, pornind de la un stimul; c) *teste de producţie* — i se cere subiectului să deseneze sau să producă, într-o situaţie de joc, o construcţie care urmează a fi cotată sau interpretată; d) *teste de observaţie* — subiectul este plasat într-o situaţie vag structurată, fiindu-i observat comportamentul.

Există şi alte clasificări, dar nici una dintre acestea nu întruneşte toate cerinţele unei sistematizări ştiinţifice, ele neputînd fi întrebuinţate decît ca un îndreptar provizoriu.

L. J. Cronbach (1969) consideră testele Bender-Gestalt şi Rorschach ca ilustrînd tipul *stilistic*, de metode, în care atenţia examinatorului este concentrată asupra stilului subiectului de a trata o problemă, în opoziţie cu testele *tematice*, în care interpretarea se concentrează asupra conţinutului producţiei subiectului şi care este ilustrat de T.A.T.-ul lui Murray. Autorul identifică această diferenţiere cu cea existentă între chestionare de personalitate, ca cel al lui Guilford, care urmăresc structura răspunsurilor şi tehnicile de interpretare a semnificaţiilor, ca diferenţialul semantic. Categoriile de metode stilistice şi tematice nu se exclud reciproc, putîndu-se atît identifica obsesii cu ajutorul Rorschach-ului, cît şi observa stilul mental în T.A.T. Distincţia rămîne însă valabilă în ceea ce priveşte majoritatea informaţiilor pe care le oferă cele două tipuri de probe.

Testul interpretării petelor de cerneală, creat în 1921 de *Rorschach*, este — dintre metodele proiective — cel mai utilizat în clinică. El constă în zece planşe standardizate conţinînd pete de cerneală alb-negru şi color, simetrice faţă de mijlocul planşei şi care sînt prezentate subiectului în ordine, de la 1 la 10, cu instructajul de a spune examinatorului cu ce seamănă, ce ar putea fi sau la ce-l fac să se gîndească. Timpul, ca şi numărul de răspunsuri este nelimitat.

Deşi planşele sînt prezentate subiectului în poziţia standard, el este liber să le rotească. Răspunsurile sînt cotate în funcţie de patru criterii: aprehensiunea, determinantul, conţinutul şi originalitatea sau banalitatea răspunsului. Pentru a ilustra modalitatea de cotare, vom opta pentru simbolurile folosite în limba franceză, care sînt mai frecvent întrebuinţate în ţara noastră.

Tipul de aprehensiune se referă la atitudinea perceptivă, la modul de receptare (globală sau fragmentară) a petei de cerneală. Dacă răspunsul se referă la pata în întregime, el va fi cotat prin simbolul *G* (global). Dacă se referă la un detaliu mai mare, va fi cotat cu *D*, iar dacă se va referi la un detaliu mic, va fi cotat ca *Dd*. Se mai întrebuinţează simbolurile: *Dbl* (detaliu alb), referitor la răspunsurile provocate de o zonă albă a planşei şi *Do* (detaliu oligofren) pentru a desemna răspunsurile în care subiectul nu percepe ca întreg (ca detaliu mare, *D*) o anumită porţiune a petei de cerneală, care de obicei e percepută ca atare, ci detaşează din aceasta doar unul din elementele conţinutului ei (aceste răspunsuri constituind de fapt un semn al inhibiţiei afective, şi nu al oligofreniei cum presupusese iniţial Rorschach).

Determinantul reprezintă forma, mişcarea sau culoarea care au provocat răspunsul. Simbolurile folosite sînt: pentru răspunsurile formă,

F+, atunci cînd este vorba de o „formă bună" (frecventă statistic) și *F–* pentru „formele proaste" (rare din punct de vedere statistic și nepotrivite cu corespondentul grafic). Răspunsurile *culoare* se cotează *FC*, atunci cînd predominantă este forma, *CF*, cînd răspunsul este provocat în primul rînd de culoare, *C*, în cazul cînd referirea este doar la culoare și *Clob* (clar-obscur), cînd răspunsul este provocat de jocul umbrei și luminii.

Răspunsurile *mișcare* sau *kinestezie* se cotează *K*, atunci cînd se referă la un om în întregime și *k*, atunci cînd se referă la un segment uman, la un animal sau la un obiect văzut în mișcare. În principiu, notarea cu simbolul *K* a unui răspuns trebuie să aibă la bază convingerea examinatorului că subiectul evocă o mișcare pe care a resimțit-o interior.

Conținutul este cel de-al treilea criteriu de cotare a răspunsurilor. Dintre simbolurile folosite : *H*, cînd conținutul este uman, *A*, cînd răspunsul desemnează un animal, *Bot*, pentru conținutul botanic, *Geog*, pentru cel geografic etc.

Al patrulea criteriu de cotare îl reprezintă originalitatea sau banalitatea răspunsurilor. Se consideră originale răspunsurile cu o frecvență de maximum 1%, cu condiția să fie un *F+* (formă bună).

Aparatul statistic de prelucrare și tehnicile de interpretare a rezultatelor depășesc însă cadrul acestei lucrări, literatura referitoare la acest test însumînd aproximativ o mie de titluri. Sigur este faptul că testul Rorschach reprezintă cea mai controversată metodă de explorare a personalității.

Dificultățile legate de aplicarea lui decurg din marea sa complexitate și din dependența eficienței sale, de pregătirea și experiența celui ce-l aplică. „Valorile simptomatice fundamentale fiind relative și foarte complexe, se impune, pentru a asigura o corectă interpretare, atît mînuirea cu competență a testului, cît și cunoașterea condițiilor anamnestice — biografice — ale subiectului" (M. Cristescu, 1972 a, p. 173).

Valoarea și limitele acestei probe sînt conținute în afirmația conform căreia „evidențierea în rezultatul Rorschach a semnelor unei boli poate aduce un plus de certitudine diagnosticului corespunzător; absența acestor semne însă nu poate infirma diagnosticul clinic (G. Ionescu, 1970b).

Dintre tehnicile derivate din Rorschach trebuie amintite testul *Z* al lui Zulliger, precum și testul Holtzmann.

Testul de diagnostic pulsional al lui Szondi se bazează pe alegerea sau respingerea de către subiect a unor fotografii de bolnavi psihici, prezentate în șase serii de cîte opt. Testul permite elaborarea unui profil pulsional pe baza unei singure administrări, precum și stabilirea clasei pulsionale în urma a zece administrări succesive, în zece ședințe diferite. Testul destul de mult folosit în țara noastră ridică probleme datorită teoriei destul de complicată care îi stă la bază, caracterului desuet al imaginilor și slabei validități a unora dintre factori (E. Bagdy, A. Vargha, comunicare la Congresul de Psihol. aplic., München, 1978).

Alegerea culorilor este folosită ca mijloc diagnostic în testul *piramida culorilor* (Pfister — Heiss) și în *testul culorilor* al lui Lüscher. La noi, U. Șchiopu et al. (1976) au experimentat o nouă variantă a testului culorilor, adaptată pentru copiii preșcolari și școlarii mici.

Toleranța la frustrare este parametrul căruia i se adresează *testul de frustrare al lui Rosenzweig (Picture Frustration Test)*.

Tehnici proiective constructive urmărind să determine geneza conflictelor sau a bolii. Caracteristica generală a acestor probe ce încearcă să stabilească originea conflictelor și a tulburărilor este faptul că scopul determină

modalitatea de interpretare. Materialul pe care îl furnizează testele, precum şi „comportamentul subiectului în situaţia de examen sînt interpretate din unghiurile biografic, genetic, psiho- şi socio-dinamic (W. Schraml, 1973). Această modalitate de interpretare poate fi desigur aplicată şi testelor care de obicei sînt folosite în alte scopuri. Cel mai bine se pretează totuşi acestui gen de interpretare testele proiective *tematice*.

T.A.T. (Thematic Apperception Test) al lui H. A. Murray (1950) solicită subiectului să interpreteze o imagine, alcătuind o poveste care să explice ce s-a întîmplat înainte şi ce se va întîmpla după. Testul este format din 20 planşe cu imagini ambigue, neclare, pentru a provoca o stimulare nedeterminată. Răspunsurile sînt dictate de conflictele, experienţele, dorinţele subiectului. Există şi o formă pentru copii *C.A.T. (Children's Apperception Test)* în care figurile umane sînt înlocuite cu animale. În ţara noastră T.A.T.-ul, utilizat adesea în examenele psihodiagnostice din clinicile psihiatrice, a fost întrebuinţat şi în unele cercetări, ca, de ex., cele asupra tulburărilor de comportament (M. Cristescu, 1972 b) şi ca probă de imaginaţie (S. Marcus, 1971).

Tot aici trebuie amintite *sceno-testul* lui G. von Staabs *testul desenării unei persoane* al lui Machover, *testul arborelui* al lui Koch, *testul familiei („deseneazăţi familia sub formă de animale"* al lui Gräser, precum şi diferite variante şi adaptări ale acestora.

4. Probleme ale psihodiagnosticului în funcţie de domeniul clinic de aplicare

4.1. *Diagnosticul psihologic în psihoze.* Prima problemă care i se pune psihologului clinician este stabilirea prezenţei sau absenţei unei tulburări de gîndire.

Această problemă este cel mai adesea ridicată de psihiatru, atunci cînd tabloul simptomatologic pe care îl prezintă pacientul indică prezenţa unei nevroze, dar în acelaşi timp anumite particularităţi de gîndire sau comportament îl fac pe acesta suspect de a fi un caz limită *(borderline case)* sau un psihotic incipient. Problema deficitului intelectual şi a deteriorării mentale a bolnavilor psihotici constituie de asemenea o problemă complexă şi controversată. Printre instrumentele folosite de obicei pentru studiul deteriorării patologice amintim, indicele de deteriorare al lui Wechsler, testul de vocabular al lui Binois şi Pichot, testul factorului general D48, testul Benton, precum şi unele probe de organizare perceptivo-motrică cum ar fi figura complexă a lui Rey (J. Perse, 1972, p. 125—126).

În al doilea rînd, psihologul trebuie să stabilească prezenţa sau absenţa unor tulburări afective. Printre caracteristicile cele mai importante ale răspunsurilor la diverse probe, indicînd prezenţa unor tulburări afective, se numără: expansivitatea sau restrîngerea excesivă a răspunsurilor, dinamismul excesiv sau caracterul exclusiv static, predominanţa răspunsurilor prea concrete sau prea abstracte, tendinţa de a face şoc-culoare la Rorschach.

Alte caracteristici ale răspunsurilor la testul Rorschach constituind semne psihopatologice sînt: după Rorschach, *G*-urile contaminate, numeroasele *F*- şi refuzul, iar după Minkowska, vocabularul raţional, abstract, devitalizat şi perceperea unor forme tăiate, disociate, izolate. T.A.T.-ul,

va evidenţia : teme extravagante, interpretarea simbolică a unor detalii, teme de izolare, generalităţi vagi, incoerenţă, conţinut arbitrar, bizarerii de limbaj.

De o mare importanţă este stabilirea potenţialului suicidar la pacienţii depresivi. Apatia relaţională de tip depresiv, agitaţia şi impulsivitatea de orientare autodestructivă, discriminarea valorică deficitară între viaţă şi moarte, şi bineînţeles, ideaţia suicidară manifestă constituie indiciile principale ale unui potenţial suicidar crescut. Iată cîteva din trăsăturile personalităţii depresivului „endogen" : sensibilitatea exagerată, autoexigenţă excesivă, hiperscrupulozitate, autodepreciere, vinovăţie marcată, introversiune exclusivă, conduită retractilă, lipsă de interes pentru ceilalţi, aprobare masochistă a reproşurilor, anxietate implicită, disimularea tendinţei suicidare (G. Ionescu, 1971 b).

O altă problemă pe care trebuie să o rezolve psihologul este diferenţierea simptomatologiei psihotice, ţinînd de un episod acut cu debut recent, de cea încadrată într-o serie de episoade, ţinînd de o evoluţie cronică. Indiciile pe care trebuie să le urmărească demersul psihodiagnostic sînt : descoperirea unui episod recent de panică sau anxietate acută, evidenţierea unei deteriorări selective a funcţiilor intelectuale, surprinderea unei intensificări a activităţii defensive, mai ales a celei bazate pe mecanisme psihotice de apărare.

Aprecierea potenţialului agresiv care se poate actualiza transformînd pacientul într-un pericol pentru ceilalţi, intră de asemenea în atribuţiile psihologului clinician. Cîţiva indici psihodiagnostici, desemnînd o astfel de situaţie, sînt : răspunsurile agresive cu conţinut violent, desconsiderarea normelor sociale, prezenţa unor structuri de gîndire paranoiace latente, dublată de un slab control al impulsurilor.

O altă sarcină care este adesea pusă în faţa psihologului clinician este cea a organicităţii unor psihoze. Cîteva dintre caracteristicile interesante din punctul de vedere psihodiagnostic al psihozelor organice sînt : caracterul mai pregnant disruptiv, confuzional decît defensiv, al manifestărilor psihotice şi deteriorarea cognitivă specifică. Diagnosticarea organicităţii reprezintă o problemă ce poate fi abordată cu un număr destul de mare de metode. Amintim astfel testul Bender-Gestalt, scala de inteligenţă pentru adulţi a lui Wechsler şi testul Rorschach în legătură cu care trebuie făcută referinţă la semnele organice ale lui Piotrowski prezente în epilepsie. Aceste semne se referă la componenta organică a personalităţii epileptice, care „tinde să ocupe un loc mai important, atunci cînd deteriorarea mentală apare şi se amplifică " (J. Perse, 1972, p. 144).

4.2. *Diagnosticul psihologic în nevroze, psihopatii şi maladii psihosomatice* a) *Nevroze.* Prima sarcină a psihologului clinician este stabilirea principalelor mecanisme nevrotice de apărare. Caracteristicile cele mai importante ale răspunsurilor la teste ce indică o preponderenţă a mecanismelor obsesionale (intelectualizarea) sînt : hiperobiectivismul, numărul mare de răspunsuri nesemnificative bazate pe detalii, prezenţa dubiilor, ambivalenţei şi perfecţionismului, lipsa de receptivitate şi chiar negarea semnificaţiilor afective ale stimulilor.

La Rorschach apar următoarele semne : T.R.I ambiegal, numeroase *K* sau *k* de extensie ; *Dd* şi *Dbl* ridicat ; posibile *Do* ; succesiune rigidă ; $F + \%100$; $Hd > H$; $Ad > A$, *R* poate fi ridicat ; şoc la roşu ; şoc-*Clob.* La T.A.T. : descriere minuţioasă şi chiar bizară a detaliilor planşelor ; fragmentarea povestirii, rigiditate ; critică la adresa planşelor, intelec-

tualizare excesivă cu dubiu şi pedanterie în vocabular; ambivalenţă, indecizie (D. Anzieu, 1973, p. 125, 156).

La polul opus, indicînd o dominare a mecanismelor de tip represiv isteric, se află următoarele caracteristici: impulsivitate, labilitate afectivă, anxietate latentă, manifestările de blocaj ideativ, simbolismul străveziu de natură inconştientă. Semne psihopatologice la Rorschach: T.R.I extratensiv; $K < 2$; şoc — culoare; $CF + C > FC$; $F + \%60-70$; $A\%$(sau $A + Anat\%$) ridicat. La T.A.T. apar: interpretări încărcate de afectivitate, exclamaţii asupra caracterului dezagreabil al planşelor, blocaj (*ibidem*, p. 125, 155).

O a doua problemă este stabilirea zonelor conflictuale ale pacientului. Acestea răzbat în comportament prin apărări repetate şi rezistenţe, precum şi prin exprimarea intensă şi repetată a unor sentimente contradictorii şi prin supraîncărcarea unor conţinuturi.

Pentru a stabili prognosticul psihoterapeutic, demersul psihodiagnostic trebuie să aibă în vedere: fluenţa verbală, toleranţa la anxietate, contactul social şi eficienţa pacientului în activităţile neafectate de nevroză.

b) *Psihopatii.* Principalele probleme legate de această categorie sînt: diagnosticul diferenţial al tulburărilor de caracter de tip nevrotic (aşa-numitele nevroze de caracter) şi al tulburărilor de caracter de tip regresiv, bazate pe o dezvoltare disarmonică a personalităţii (cunoscute şi sub numele de sociopatii sau personalităţi pasiv-agresive) şi evaluarea diminuării randamentului social al pacientului.

c) *Maladii psihosomatice.* În acest domeniu, care reprezintă o cucerire recentă a psihologiei clinice, există evident o specificitate a problematicii psihodiagnostice determinată de tipul maladiei psihosomatice avute în vedere. Cîteva probleme generale pot fi însă amintite. Astfel, psihologul trebuie să aibă în vedere relaţia tulburare somatică-tulburare psihică pentru a stabili gravitatea reacţiei psihopatologice şi evoluţia în timp a acesteia, trebuie să elaboreze diagnosticul diferenţial al nevrozelor posttraumatice şi să stabilească problematica psihologică semnificativă relativ la boala somatică.

4.3. Diagnosticul psihologic în clinica de neurologie. B. Pope şi W. H. Scott (1967) consideră că cele două probleme principale pe care trebuie să le rezolve psihodiagnosticul clinic în acest domeniu sînt stabilirea gradului de deteriorare intelectuală şi a funcţiilor personalităţii afectate de disfuncţiile sistemului nervos central.

Funcţiile intelectuale care trebuie explorate sînt: organizarea perceptivă şi cordonarea senzoriomotorie (Bender-Gestalt şi cuburile Kohs), gîndirea şi memoria (WAIS, scala de memorie Wechsler, teste de sortare) şi limbajul (depistarea afaziilor expresive şi receptive).

Legat de stabilirea funcţiilor personalităţii afectate de disfuncţiile S.N.C., se pune problema diagnosticului diferenţial al tulburărilor funcţionale şi al celor cu bază organică, precum şi problema evaluării ponderii factorilor etiologici, funcţionali şi organici, iar pe această bază aprecierea gradului de recuperabilitate.

Bibliografie

Albou, P., *Les questionnaires psychologiques*, Paris, P.U.F., 1973.
Alexandru, S., *Laboratorul de psihologie clinică*, Bucureşti, Edit. ştiinţifică şi enciclopedică, 1975.

Allport, G. W., *Structura și dezvoltarea personalității*, București, Edit. didactică și pedagogică, 1981.

Anastasi, A., *Psychological testing*, New York, Macmillan, 1969.

Anzieu, D., *Les méthodes projectives*, Paris, P.U.F., 1973.

Bontilă, G., *Aptitudinile și măsurarea lor*, București, Centrul de documentare al Ministerului Muncii, 1971.

Butcher, J. N., *Personality assessment: Problems and perspectives*, in *Objective personality assessment: Changing perspectives* (ed. J. N. Butcher), New York, Academic Press, 1972, p. 1—20.

Cosmovici, A., *Metode de investigare a personalității*, în *Probleme fundamentale ale psihologiei* (coord. B. Zörgö), București, Edit. Academiei, 1980, p. 115—126.

Cristescu, M., *Testul Rorschach și elemente de structură a personalității*, în *Metode pentru cunoașterea personalității* (coord. A. Cosmovici), București, Edit. didactică și pedagogică, 1972, p. 146—177.

Cristescu, M., *Testul T.A.T. și tulburările de comportament*, în *Metode pentru cunoașterea personalității* (coord. A. Cosmovici), București, Edit. didactică și pedagogică, 1972, p. 178—203.

Cronbach, L. J., *Essentials of psychological testing*, New York, Harper, Row, 1969.

Delay, J., Pichot, P., Perse, J., *Méthodes psychométriques en clinique*, Paris, Masson, 1966.

Eysenck, H. J., Eysenck, S. B. G., *Manual of the Eysenck Personality Inventory*, London, University of London Press, 1964.

Eysenck, H. J., Eysenck, S. B. G., *Manual of Eysench Personality Questionnaire (Junior and Adult)*, London, University of London Press, 1975.

Harrower, M., *Differential diagnosis*, 1965, *apud* W. J. Schraml, 1973.

Hathaway, S. R., Meehl, P. E., *An atlas for the clinical use of MMPI*, Mineapolis, University of Minnesota Press, 1951.

Ionescu, G., *Investigația psihologică în practica medicală*. „Viața medicală", 1970 a, vol. XVII, nr. 17, p. 771—776.

Ionescu, G., *Explorarea personalității în clinică*, „Viața medicală", 1970 b, vol. XVII, nr. 18, p. 845—852.

Ionescu, G., *Particularități psihopatologice ale stărilor depresive „endogene" și nevrotice, evidențiate prin tehnici proiective*, „Neurologia, Psihiatria, Neurochirurgia", 1971, vol. XVI, nr. 5, p. 415—430.

Marcus, S., și colab. *Stiluri apreciative*, București, Edit. Academiei, 1980.

Meili, R., *Manuel du diagnostic psychologique*, Paris, P.U.F., 1964.

Murray, H. A., *Manuel du „Thematic Apperception Test"*, Paris, Ed. du Centre de Psychol. Appliquée, 1950.

Nahoum, Ch., *La méthode clinique en psychologie*, in *Traité de psychologie appliquée* (red. M. Reuchlin), vol. 2, Paris, P.U.F., 1973, p. 111—161.

Nahoum, Ch., *L'entretien psychologique*, Paris, P.U.F., 1975.

Perse, J., *Collaboration du psychologue au dépistage et au diagnostic des maladies mentales*, in *Traité de psychologie appliquée* (red. M. Reuchlin), vol. 8, Paris, P.U.F., 1972, p. 109—147.

Pichot, P., *Méthodes d'investigation de la personnalité*, in *Traité de psychologie appliquée* (red. H. Pieron), vol. 1, Paris, P.U.F., 1960, p. 243—267.

Pope, B., Scott, W. H., *Psychological diagnosis in clinical practice*, New York, Oxford University Press, 1967.

Radu, I., *Principii metodologice în elaborarea și utilizarea probelor psihologice*, „Rev. psihol." 1, 1976.

Raven, J. C., *Guide to the Standard Progressive Matrices*, London, Lewis, 1960.

Repan, L., *Ravenova skuska pre dospelych*, Bratislava, Psychodiagnostica, 1968.

Rey, A., *L'examen clinique en psychologie*, Paris, P.U.F., 1970.

Rorschach, H., *Psychodiagnostic*, 4-e éd., Paris, P.U.F., 1967.

Roșca, M., *Valoarea și limitele metodelor de diagnostic al personalității*, „Rev. psihol.", 1, 1971.

Roșca, M., *Metode de psihodiagnostic*, București, Ed. did. și pedag., 1972.

Schraml, W. J., *Précis de psychologie clinique*, Paris, P.U.F., 1973.

Șchiopu, U., *Introducere în psihodiagnostic*, Universitatea București, 1970.

Şchiopu, U., Gârboveanu, M., Verza, E., *Psihodiagnoza personalităţii prin teste proiective de culoare*, „Rev. psihol.", nr. 2, 1976.

Wechsler, D., *La mésure de l'intelligence de l'adulte*, Paris, P.U.F., 3-e éd., 1967.

Wechsler, D., *Echelle d'intelligence de Wechsler pour enfants*, Paris, Ed. du Centre de Psychol. Appliquée, 1965.

Zahiriuc, C., Jula, A., Cotor, C., *Personalitatea abordată matematic de către R. B. Cattell. Metode de prelucrare la calculator a datelor. Un etalon experimental românesc*, Bucureşti, Edit. Litera, 1976.

Zahiriuc, C. şi colab., *Cercetare în vederea alcătuirii unei baterii de nivel intelectual pentru vîrsta de 6—10 ani*, „Rev. psihol.", 2, 1975.

Zapan, Gh., *Cunoaşterea şi aprecierea obiectivă a personalităţii*, Bucureşti, Edit. ştiinţifică şi enciclopedică, 1984, p. 293—330.

Zazzo, R., Gilly, M., Verba-Rad, M., *Nouvelle Echelle Métrique de l'Intelligence* (2 vol.), Paris, Colin, 1967.

Zörgö, B., *Criteriile unui test ştiinţific*, „Rev. psihol.", 1, 1971.

Capitolul VI

CONȚINUTUL PSIHOLOGIC AL DIAGNOSTICULUI CLINIC

Dificultățile medicinei și psihologiei în delimitarea și definirea stării de sănătate apar și în negativul situației, și anume, în analiza stării de boală în general și a diagnosticării bolii în cadrul fiecărui domeniu clinic, în special. Această analiză se impune întrucît, deși sub unghiul observației curente și al aprecierii empirice boala este mai evidentă și mai concretă decît sănătatea, actualmente se consideră că „sensul bolii este mai puțin evident decît se pare" (D. V. McQueen, 1978, p. 8), fapt ce aduce în discuție sistemul diagnostic al bolii, analiza criteriilor acestui sistem, ca și a gradului de izomorfism între elementele sale și aspectele clinice reale. De asemenea, este necesar a analiza nu numai corespondența diagnosticului cu realitatea clinică ci și confirmarea lui practică, fapt care-i asigură validitatea, conferind conținutului său sensul semantic adecvat și utilitatea *.

1. Epistemologia clinică și validitatea diagnostică

Modelul medical tradițional a impus maniera de investigație și cunoaștere a bolii, demersul inductiv călăuzind analiza clinică, univoc orientată spre concluzia diagnostică. Aceasta s-a impus în activitatea practică a medicilor ca un atribut axiomatic și ca un țel inerent al cunoașterii bolii. Ideea diagnosticului a marcat gîndirea clinicienilor întrucît, încă de la începutul studiilor, a acompaniat instrucția și formarea lor profesională. Dacă obsesia diagnosticului este, printre medici, generală, instrucția și formarea lor medicală este însă neunitară, inegală, diversitatea lor fiind în funcție de variabile personale și conjuncturale. Aceasta întrucît, „sîntem adepții unor anumite orientări clinice, ai unor anumite teorii patogenice și sisteme diagnostice, nu numai în funcție de conținutul lor, ci și de modul în care acestea au fost învățate, de măiestria și argumentarea cu care ne-au fost prezentate, de condițiile avute spre a le găsi o aplicabilitate, precum și de particularitățile noastre de personalitate" (G. Ionescu, 1981, p. 53).

Aceste variabile au implicații nu numai asupra procesului elaborării și formulării diagnostice, ci și asupra accepțiunii acordate noțiunilor semiologice, conferindu-le un conținut semantic nuanțat de la un specialist la altul. Variabilitatea semnificației simptomelor și investirea ca diagnostic a unei fenomenologii clinice este mai puternic implicată în stările patologice de mai mică amplitudine clinică, în perioadele de debut sau în fazele de remisiune ale diverselor afecțiuni. Sesizarea și distincția elementelor patologice ale acestor condiții au o importanță bine cunoscută, știut fiind

* *Diagnostic* (gr.) *diagignoskein: dia*, prin; *gnosis*, cunoaștere; cunoașterea bolii prin analiză clinică.

că semnificația diagnostică a unei fenomenologii clinice nu este în relație cu intensitatea manifestării sau cu dramatismul prezentării sale. Această constatare primește un accent mai ferm în condițiile medicinei actuale în care, datorită mijloacelor terapeutice, amplitudinea și dramatismul manifestărilor acute diminuează în favoarea prelungirii evoluției lor.

Într-adevăr, criteriile tradiționale de validare a bolii care se înscriu în sistemul diagnostic actual au în vedere mai ales *boala acută* care: — se bazează pe o distincție relativ limpede față de normalitate; — evidențiază o anumită procesualitate (cu modalități de debut, curbe de evoluție și forme de remisiune relativ predictibile); — prezintă un tablou clinic alcătuit din elemente semiotice evidente, relativ concrete și cu valoare generală, care printr-o înmănunchere specifică alcătuiesc sindroamele, veritabile trepte epistemologice și instanțe dialectice ale raționamentului clinic spre elaborări diagnostice.

Universul patologiei actuale este însă schimbat (în virtutea unor clarificări etiologice dar mai ales prin intervenția unor noi mijloace terapeutice), morbiditatea fiind dominată nu de bolile acute, ci de *bolile cronice*. În numeroase cazuri, printr-o orientare clinico-terapeutică adecvată, viața pacientului este salvată dar boala nu este total și ireversibil înlăturată. Astfel, sporește aria patologiei cronicității, caracterizată printr-o fenomenologie clinică discretă dar de lungă durată, vag evidențiată, în general estompată; ea nu mai corespunde modelului tradițional al bolii, ceea ce impune o restructurare și o reconceptualizare a diagnosticului.

2. Diagnosticul medical și supoziția etiologică

Criteriile veridicității oricărei taxonomii nosografice ca și elementele esențiale ce fundamentează sistemele diagnostice sînt argumentele etiologice. Element princeps de la care trebuie să pornească o clasificare și punct forte în orice sistematizare, cunoașterea cauzală în medicină oferă posibilitatea orientărilor terapeutice și a prezumțiilor prognostice.

Problematica etiologiei are însă izvoare adînci, dincolo de domeniul patologiei, găsindu-și sorgintea pe terenul fiziologiei și psihologiei, unde vizează studiul condițiilor care asigură modul de funcționare a organismului. Pe un plan superior, condițiile fiziologice îmbracă aspectul trebuințelor a căror satisfacere chezășuiește sănătatea, privită nu numai în plan fiziologic, ci și sub unghi psihologic. În felul acesta, trebuințele se înscriu într-un sistem taxonomic, conform unui criteriu axiologic, de la trebuințele elementare, biologice, la cele psihologice, sociale și chiar morale. În felul acesta, analiza trebuinței implică un element de valoare, insuficient analizat pînă acum în medicină datorită limitelor cunoașterii în domeniul etiologiei; pe măsura aprofundării și îmbogățirii cunoașterii cauzalității se poate realiza însă o anumită corelare a informației obiective, cauzale, cu criteriile valorice fundamentale.

În stadiul actual al cunoștințelor medicale asupra etiologiei se constată însă că:

— cele mai multe entități clinice (exceptînd bolile infecțioase) deși bine delimitate și diagnosticate nu au o etiologie cunoscută iar obscuritatea din domeniul cunoașterii cauzelor se răsfrînge asupra validității diagnosticelor întrucît, nici o diagnosticare sau sistematizare nu prezintă o reală valoare dacă nu este bazată pe criterii cauzale; aceasta, întrucît

o nosografie bazată pe criterii semiologice, respectiv fenomenologice, este susceptibilă de confuzii datorită slabei specificităţi simptomatologice; astfel, elemente semiotice ca : febra, cefaleea, durerea, dar şi constante biologice ca leucocitoza, viteza de sedimentare a hematiilor etc. nu prezintă o specificitate nosografică şi numai cu rezerve pot fi folosite în supoziţia diagnostică. Din considerente similare pot fi confundate manifestările de debut ale diverselor boli, ca şi formele clinice uşoare ale unor boli, în esenţă severe, cu manifestările ample ale unor afecţiuni lipsite de gravitate;

— incertitudinile din aria etiologică şi slaba validitate diagnostică împiedică elaborarea unor criterii evolutive sau a unor aserţiuni cu valoare prognostică;

— nedescifrarea etiologiei impietează asupra terapiei care, în ciuda numeroaselor substanţe farmacologice imaginate, îşi menţine caracterul nespecific, predominant simptomatic şi periferic procesului patologic.

3. Diagnosticul medical şi paradigmele patogenetice

Postulînd existenţa tulburării într-un anumit loc din organism, diagnosticul medical beneficiază de consecinţa terapeutică ce preconizează neutralizarea fenomenului morbid pentru a favoriza sau realiza vindecarea. Această situaţie se întîlneşte de cele mai multe ori în medicina internă dar şi în alte domenii medicale, ca dermatologia sau oncologia. Astfel, prin administrarea unor substanţe alcalinizante se poate neutraliza hiperclorhidria, ameliorîndu-se o gastrită hiperacidă; un pansament gastric asociat cu medicaţie antalgică poate remite un puseu ulceros; de asemenea, medicaţia betablocantă, antiagregantă sau coronarodilatatoare poate avea un efect salutar în cardiopatia ischemică. În alte condiţii însă, acţiunea terapeutică vizează eliminarea focarului patologic, fenomen întîlnit în specialităţile chirurgicale.

Datorită acestei situaţii, unii clinicieni consideră că boala este sinonimă cu leziunea sau cu destructurarea organică, uneori, desigur, microscopică. Acest punct de vedere poate fi constatat şi în definiţiile asupra bolii în care leziunea constituie genul proxim, iar fenomenologia clinică, diferenţa specifică.

Menţionăm faptul că şi patologia psihică a căutat să se conformeze acestui model patogenic, unii psihiatri postulînd că „boala există numai din punctul de vedere somatic, corporal şi orice manifestare psihică anormală devine boală în măsura în care prezintă un substrat organic incontestabil. În afară de această constatare, a numi boală orice fenomen psihopatologic este un fel nesănătos de a te pierde în metafore" (K. Schneider, 1962, p. 94). În virtutea acestui principiu, autorul prezintă o taxonomie a manifestărilor psihiatrice în care majoritatea entităţilor nosografice, lipsite de un substrat organic sînt considerate ca „variante anormale ale existenţei psihice". Pentru cei mai mulţi psihiatri acest punct de vedere este surprinzător, întrucît pune sub semnul întrebării existenţa, ca boli, a principalelor entităţi nosografice cărora, pînă acum, nu li s-a evidenţiat un substrat organic. Cu toate că nu a fost adoptat, acest ipotetic punct de vedere ar putea fi confirmat în viitor cînd progresele etiopatogenice vor evidenţia fundalul organic, respectiv biochimic, al bolilor psihice.

Acest mod de abordare, desigur extrem, absolutizează *organogeneza* bolilor, postulînd că numai tulburarea determinată de un proces organic sau de consecinţele lui funcţionale întrunește atributele noţiunii de boală.

La cealaltă extremă se polarizează opiniile care absolutizează *psihogeneza* şi consideră că „boala în sine îmbracă o semnificaţie care nu are nimic comun cu mozaicul leziunilor şi simptomelor... la care a fost adesea redusă" (J. de Ajuriaguerra, 1974, p. 154). Pentru adepţii acestui punct de vedere, boala, determinată de situaţii conflictuale, psihotraumatizante sau frustrante, este considerată drept „conduita omului care suferă dezorganizarea funcţiilor sale".

Desigur, leziuni organice, modificări biochimice sau enzimatice, pot determina o perturbare a funcţiilor fiziologice, fie în mod direct, fie în mod indirect, prin conştientizarea stării de boală. Sub unghi opus, factorii psihotraumatizanţi din mediu (în funcţie de intensitatea, durata şi semnificaţia lor) pot determina, la anumite persoane, stări nevrotice sau boli psihosomatice bine constituite. Dacă în prima categorie manifestările clinice sînt, sub aspect patogenic, mai clarificate, mai uşor diagnosticate şi terapeutic mai eficient influenţate, afecţiunile din a doua categorie, deşi mai frecvent întîlnite, sub aspect patogenic sînt încă neelucidate, sînt mai vag diagnosticate, iar terapeutic mai greu controlate.

4. Diagnosticul medical şi consensul sociocultural

Faptul că nu există o definiţie unanim acceptată a stării de sănătate şi nici o delimitare între boală şi normalitate, sporeşte dificultăţile edificării diagnostice şi ale încadrării nosografice.

În urma unei analize asupra studiilor de specialitate şi a investigării opiniei clinicienilor am constatat că nu se face o distincţie şi o delimitare între *boală*, *deviere* de la normal şi *anormalitate*, noţiunile respective folosindu-se ca sinonime sau în acelaşi context; astfel, se consideră că „prin anormalitate, deviere comportamentală ori maladie, înţelegem o schimbare survenită în modul obişnuit de a trăi al unui individ, atît din punct de vedere biologic, cît şi intelectual sau emoţional" (A. Scoppa, 1972, p. 60).

În virtutea considerentelor amintite precizăm că noţiunea de *anormalitate* tinde să părăsească domeniul medicinei organice fiind înlocuită cu noţiunea de *lezional* şi respectiv *disfuncţional*. Restrîngîndu-şi aria utilizării din domeniul somatopatologiei, noţiunea de anormalitate îşi organizează conţinutul şi se extinde în domeniul psihopatologiei; astfel, ea vizează în special comportamentul iar în accepţie jaspersiană exprimă *dezvoltarea* psihică patologică de natură să transforme persoana de-a lungul istoriei sale într-un mod comprehensibil. Spre deosebire de anormalitate, noţiunea de *boală* se referă în mod esenţial la o anumită *procesualitate* care creează un hiatus şi o denivelare (evidente şi incomprehensibile) în continuitatea existenţei insului.

Sub alt unghi, considerăm că normalitatea tinde a se institui ca o noţiune de fundal, în timp ce boala, ca fapt individual, implică întotdeauna un aspect procesual. Astfel, anormalitatea se referă în primul rînd la structura şi organizarea psihică, în timp ce boala vizează procesul morbid căruia îi determină modelarea diagnostică. Totodată, anormalitatea se evidenţiază de cele mai multe ori prin tulburări ale comportamentului şi conduitei

care, prin esența și fenomenologia lor, au implicații sociale, în timp ce boala se edifică printr-o procesualitate care o înscrie în domeniul patologiei medicale. De aceea, se consideră că nu numai boala, ci și anormalitatea (ca dealtfel și starea de sănătate) nu pot fi corect studiate și realist apreciate decît în contextul relațiilor socioculturale. În același timp, condițiile amintite nu pot fi înțelese în mod abstract, ci numai „în funcție de norme culturale, de expectațiile și valorile societății, de interferențe profesionale, de diferențe individuale și de climatul social al vremii care stabilește gradul de toleranță față de devianță. (D. Offer și M. Sabshin, 1975, p. 463). Evaluarea și validarea stării de sănătate, de boală și de anormalitate depind de asemenea de unghiul sub care sînt analizate, respectiv al *insului* care prezintă condiția clinică (abordarea *idiografică*) sau a *grupului* căruia pacientul îi aparține (abordarea *nomotetică*).

Abordarea idiografică și elaborarea diagnostică aparține dezvoltării științifice a medicinei și corespunde vechiului dicton hipocratic după care trebuie avut în vedere bolnavul și nu boala, pe care cel în cauză o dezvoltă într-o manieră personală.

Menționăm însă faptul că abordarea idiografică, bazată pe o epistemologie individuală, se află actualmente în umbra unui empirism individualizat întrucît criteriile sănătății și bolii sînt în funcție nu numai de „vîrstă, sex și dispozițiile înnăscute ale individului", și „de condițiile sociale și ale mediului cultural în care individul a fost crescut și trăiește în prezent" (H. R. Ahrenfeldt, 1966, p. 2). Astfel, în anumite medii socioculturale, o discretă leziune sau o ușoară perturbare funcțională este apreciată ca boală și diagnosticată, ceea ce implică necesitatea de a fi tratată; dimpotrivă, în alte medii socioculturale, perturbări clinice manifeste sau afecțiuni evidente sînt minimalizate sau ignorate, neglijîndu-se necesitatea validării diagnostice și a intervenției terapeutice.

Orientarea nomotetică, în antiteză cu abordarea idiografică, constituie expresia aserțiunilor amintite, înscriindu-și ca deziderat cercetarea influenței sociale asupra evoluției insului sănătos sau bolnav. Considerăm că abordarea nomotetică oferă o imagine mai clară asupra unității dialectice dintre aspectele normale și patologice, ambele aflate sub puternice influențe socioculturale și modelate de sistemul de valori al grupului și epocii. Tocmai de aceea, „multe manifestări particulare care pot fi considerate ca patologice într-o țară, sînt acceptate în altă țară sau intră în cadrul obiceiurilor" (J. de Ajuriaguerra, 1974, p. 153). Desigur, obiceiurile, cunoștințele și credințele unui grup social nu influențează doar noțiunile, ci și atitudinile membrilor grupului față de stările designate și diagnosticate. Aceasta ilustrează că atît starea de sănătate sau de boală, cît și diagnosticele consemnate nu pot fi considerate numai la nivelul insului luat izolat, ci sînt validate la nivelul grupului social în care el se află integrat.

5. Caracterul epistemic al examinării și axioma diagnosticării

Predominant anatomo-fiziologică, vizînd modificarea organică sau perturbarea biochimică, examinarea clinică tinde să devină exclusiv somatică, limitîndu-i-se pînă la anulare componenta psihologică și dimensiunea anamnestică. Mai ales în instituțiile medicale dotate cu o bogată și complexă aparatură, modul clasic de examinare și procesul de diagnosticare

capătă un caracter de tehnicizare. Datorită acestui fapt, anamneza clasică, ce respecta și valoriza personalitatea pacientului, este astăzi reorientată de la analiza clinică și longitudinal-istorică la cercetarea biochimică, radiologică, bioelectrică.

Laborioasa și sofisticata investigație paraclinică, efectuată în scopul aprofundării cunoașterii și promptitudinii diagnosticării, se desfășoară, în majoritatea cazurilor, fără cunoștința bolnavului — examenul clinic dialogat fiind astfel deturnat, prezentîndu-se ca un dialog între medic și aparat. În felul acesta, bolnavul se consideră minimalizat, ignorat, ipostaziat ca obiect care este explorat, manipulat, eventual experimentat; din punct de vedere moral el se simte prejudiciat. Sub alt unghi, actul însuși al diagnosticării accentuează imaginea prejudicierii. De fapt, prin această delimitare a procesului morbid, medicul realizează un proces de diagnosticare *a bolii* și nu a *persoanei bolnave*; el stabilește un *diagnostic* nosologic, care nu este superpozabil cu cel *personologic* (întrucît a spune „aveți ulcer" nu personalizează boala ca în apelativul „sînteți ulceros"). Prejudiciul moral al diagnosticării poate fi însă ameliorat prin maniera examinării.

5.1. *Instanțe epistemologice ale diagnosticului clinic.* Demersul investigației cuprinde anumite instanțe sau etape ale unui proces epistemologic ce conduce, în final, spre diagnostic, sinteză a datelor oferite de pacient, precum și a cunoștințelor clinicianului.

Prima etapă a procesului diagnostic este *simptomatologică* (semiotică, predominant analitică), fiind ilustrată prin selectarea și abstragerea datelor semnificative din trei arii de cunoaștere : a relatării, a examinării și a investigației. Pe baza acestui ansamblu informațional „clinicianul este acela care evaluează, cîntărește valoarea pentru diagnostic a fiecărei date clinice sau de laborator" (M. Voiculescu, 1972, p. 482). Această primă etapă este de culegere selectivă și de inventariere descriptivă a elementelor semiotice și paraclinice, fiind totodată preponderent obiectivă.

În a doua etapă are loc un proces de ierarhizare a datelor și de sesizare a semnificației lor patologice, printr-un efort de sinteză și esențializare, în care contribuția clinicianului, prin experiența, informația și intuiția lui, este decisivă. Dacă prima etapă aparține în mare măsură faptelor și datelor, fiind predominant obiectivă, aceasta aparține judecății clinice, fiind esențial subiectivă. Astfel, din ansamblul informațiilor medicul desprinde elementul semnificativ al situației clinice ilustrat de cele mai multe ori sub forma unui simptom, care prin specificul său relevă natura ansamblului semiotic; este *etapa sindromologică* a procesului epistemologic ce face posibilă orientarea terapeutică. Denumirea sindromului este în funcție de zona anatomică interesată (ex. sindrom extrapiramidal, sindrom de neuron motor periferic), de elementul fiziopatologic sau metabolic dominant (sindrom de insuficiență circulatorie cerebrală, sindrom hemoragipar, sindrom dispeptic, sindrom hipoanabolic) sau de însăși denumirea simptomului caracteristic (sindrom pruriginos, sindrom depresiv, sindrom obsesiv etc.).

Această instanță a demersului diagnostic a fost criticată de unii clinicieni întrucît „sindroamele nu permit nici o indicație cu privire la raporturi certe față de corelații etiopatogenice, în sensul că factorii cauzal-genetici nu sînt cuprinși în particularitățile sindroamelor... această teză fiind valabilă atît pentru cauzele somatice ale bolilor, cît și pentru cauzele psihice și sociale" (K. Weise, 1971, p. 62).

Într-adevăr, deşi orientativ sub aspect terapeutic, sindromul nu are specificitate etiologică şi nici patogenică, ci eventual clinică, fenomenologică; astfel, acelaşi sindrom poate fi întîlnit în afecţiuni de natură diferită şi numai în anumite situaţii el poate prezenta particularizări nosografice.

În unele afecţiuni sau pentru unii medici, această a doua instanţă a raţionamentului clinic este scurtcircuitată, diagnosticul fiind evident încă din etapa iniţială a analizei semiotice. Uneori, în funcţie de domeniul clinic, simpla inspecţie sau observaţie evidenţiază diagnosticul, alteori însă, diagnosticul nu poate fi precizat sau este în mod eronat formulat chiar după parcurgerea minuţioasă a celei de-a treia instanţe a judecăţii clinice, elucidarea lui aparţinînd anatomiei patologice.

Primele două etape ale procesului de diagnosticare, semiologică şi sindromologică, realizează *secţiunea transversală* a actului epistemologic medical. A treia instanţă a acestuia presupune o analiză istorică, personală şi eredofamilială, care ilustrează *secţiunea longitudinală*. Precizăm faptul că numai prin analiza atentă a apariţiei şi evoluţiei manifestărilor clinice în ansamblul condiţiilor favorizante (iar cînd este posibil, a elementelor etiologice determinante) se poate accede la cea de-a *treia instanţă*, aceea a *diagnosticului*.

Elementul esenţial al celei de-a treia instanţe diagnostice îl constituie *anamneza* care vizează nu numai evoluţia manifestărilor clinice, ci şi analiza istoriei insului, a vieţii sale în ansamblu. Dacă în afecţiunile chirurgicale urmărirea istoriei bolii este în mare măsură orientativă pentru diagnostic, în bolile psihosomatice ea este slab predictivă, aici personalitatea şi subiectivitatea pacientului aducînd clarificarea decisivă.

6. O premisă a diagnosticării: aptitudinea ascultării

În medicina clinică actuală, angajată în amplul proces al tehnicizării, odată cu minimalizarea examenului anamnestic a fost redusă, iar uneori exclusă, disponibilitatea ascultării. Ignorată în cadrul instrucţiei şi formării medicale, ascultarea este tot mai puternic limitată, fiind uneori eliminată din cadrul activităţii clinice; minimalizîndu-i valoarea, medicul abandonează ascultarea nu numai ca mijloc de diagnosticare, ci şi ca aptitudine clinică, necesară în procesul de relaţionare.

De fapt, ascultarea poate fi analizată sub trei aspecte: — ca solicitare a pacientului în nevoia lui de relaţionare; — ca disponibilitate fizică a clinicianului; — ca aptitudine profesională. Sub toate aceste aspecte ascultarea favorizează, iar uneori condiţionează diagnosticarea, întrucît „înainte de a putea ajunge la diagnostic, clinicianul trebuie să înveţe să asculte" (M. Balint, 1966, p. 131).

a) *Ca solicitare a pacientului* în nevoia lui de relaţionare şi de participare la elucidarea diagnosticului, *ascultarea* este în strînsă legătură cu caracterul *directiv* sau *nondirectiv* al anamnezei; astfel, cu cît aceasta este mai puţin directivă, cu cît decurge într-un mod mai puţin dirijat, cu atît se asigură bolnavului posibilitatea de a fi ascultat. Prin caracterul ei nondirectiv, anamneza lărgeşte cîmpul informativ şi oferă pacientului convingerea că medicul, binevoitor şi concesiv, este interesat de detaliile bolii sale. Aceasta îi conferă încredere, îl stimulează în cooperare, asigu-

rînd premisele pentru o bună relaţionare. Dimpotrivă, întrerupîndu-l prin întrebări din relatare, în tendinţa de a elimina orice divagare, medicul oferă pacientului impresia de frustrare; pot fi omise, totodată, elementele importante pentru diagnosticare. De fapt, la întrebările adresate pacientului, clinicianul nu obţine întotdeauna date suplimentare ci, de cele mai multe ori simple răspunsuri, lipsite de valoare informativă.

b) *Ascultarea ca disponibilitate fizică.* Intens solicitat şi integral angajat în procesul diagnostic şi efortul terapeutic, medicul este deseori constrîns spre o anamneză metodică, ferm directivată dar în fond scurtcircuitată. Indiferent de natura ori de caracterul psihic sau somatic al afecţiunii, prin limitarea timpului necesar ascultării apar prejudicii nu numai sub aspectul informării, al culegerii de date necesare diagnosticării, ci şi în privinţa relaţionării cu pacientul. Astfel, considerîndu-se rejectat sau ignorat, pacientul poate să nu mai revină asupra unor aspecte anamnestice pe care iniţial le considera necesare sau în orice caz utile pentru diagnostic.

Alteori, pacientul revine în mod obsesiv cu noi şi necesenţiale precizări sau poate doar cu întrebări, medicul cedîndu-i astfel mai mult timp decît cel necesar, care trebuia acordat iniţial. De fapt, singurul mijloc de a cîştiga timp în relaţiile cu bolnavul constă în disponibilitatea de a-l asculta şi nicidecum de a-l respinge sau a-l limita. Pe de altă parte, elocvenţa şi concizia clinicianului nu trebuie să vizeze disponibilitatea ascultării, ci excesul explicaţiilor, sfaturilor, recomandărilor sau admonestărilor. În neutralitatea binevoitoare ce trebuie să-l caracterizeze, clinicianul nu va omite faptul că „cel mai bun sfătuitor este, înainte de toate, cel mai bun ascultător" (C. Sidney, 1970, p. 254).

c) *Ca aptitudine profesională*, dincolo de disponibilitatea ce decurge din înţelegere, amabilitate sau necesitate, *ascultarea* este un act psihic ce are un caracter activ şi presupune, pe lîngă o vădită concentrare, putere de comprehensiune; ascultarea nu este tăcere sau aşteptare efectivă ci participare. Caracterul elocvent al ascultării este resimţit de pacient în momentul relatării, constituind pentru el liantul relaţionării. În virtutea acestor considerente subliniem că ascultarea, ca disponibilitate, este la origine o trăsătură de personalitate. În activitatea clinică şi în perspectiva diagnostică, ascultarea se cere stimulată şi cultivată ca o aptitudine profesională. Condiţie a instrucţiei şi formării, aptitudinea ascultării devine astfel pentru clinician chezăşia afirmării sale profesionale.

7. Urgenţa elucidării diagnostice şi dirijarea relaţiei anamnestice

În evantaiul modalităţilor de relaţionare clinică, abordarea anamnestică urmează două direcţii principale, veritabile demersuri esenţiale în procesul de diagnosticare: a) *directivă, metodică, dirijată* şi b) *nondirectivă, narativă, nedirijată.*

a) *Metoda directivă* constă în adresarea unor întrebări precis orientate, care, în funcţie de domeniul clinic, sînt cuprinse în scheme relativ standardizate; ea vizează esenţialmente apariţia şi evoluţia tulburării, căutînd să restrîngă şi să focalizeze cîmpul investigării, spre a grăbi procesul diagnosticării.

b) *Metoda nondirectivă* caută să renunţe la întrebări, oferind pacientului posibilitatea unei cît mai nuanţate şi mai aprofundate relatări.

Scopul ei este de a obține istoria bolnavului și nu a bolii, istoria vieții insului și nu a tulburării, și de a înțelege trăirea situației de boală în constelația sa biopsihosocială.

Alegerea metodei anamnestice depinde de starea clinică a pacientului și de supoziția diagnostică a medicului. Astfel, în stările de urgență medico-chirurgicală, ca și în cazurile în care pacientul nu poate prezenta relatări exacte și elocvente asupra stării sale, se recurge la metoda de examinare directivă în care predomină analiza bolii, a situației clinice, față de aceea a istoriei bolnavului, a vieții insului, urgența clinică impunînd dirijare și esențializare anamnestică.

În stările în care elucidarea diagnostică poate fi temporizată se recurge la metoda nondirectivă, nedirijată, mai extinsă și totodată aprofundată. Astfel, caracterul anamnezei fiind nondirectiv, se lărgește considerabil cîmpul informativ, într-o tendință de cunoaștere orientată exhaustiv.

Precizăm însă faptul că, deși mai aprofundată, metoda nondirectivă se cere continuu completată, chiar și atunci cînd problema diagnosticului a fost elucidată. O astfel de anamneză pornește de la ipoteza că boala cunoaște o etiologie plurifactorială fiind în esența ei somatopsihosocială. Abordarea nondirectivă este de fapt atît o examinare cît și o întreținere anamnestică al cărui scop diagnostic se prelungește în efect terapeutic. Astfel, spre deosebire de metoda directivă, care încheie etapa diagnostică și condiționează intervenția terapeutică, metoda nondirectivă conține, în însăși structura sa, o componentă terapeutică, ea fiind în relativă independență față de instanța diagnostică.

Subliniem de asemenea faptul că deși nondirectivă, această metodă nu este neorientată, întrebări relativ discrete și nu prea frecvente din partea medicului reducînd divagațiile și orientînd expunerea pacientului.

Indiferent de caracterul directivității, orice abordare anamnestică urmează o *supoziție diagnostică*: ea este uneori concomitentă cu prima privire asupra bolnavului, fiind superpozabilă acelui *praecox gefühle* al clinicienilor cu experiență. Această supoziție orientează demersul investigativ, fiecare răspuns al examinării avînd un sens confirmativ. În eventualitatea în care supoziția diagnostică nu este confirmată, investigația anamnestică poate fi reluată, de obicei într-un mod mai analitic, mai puțin directiv.

7.1. *Diagnosticul — între necesitatea explorării și riscul iatrogenizării.* Medicii psihiatri cunosc în mai mare măsură decît clinicienii altor domenii medicale că pacienții cu dezvoltări ipohondriace poartă și prezintă, în primul moment al consultației, dosare cu rezultatele numeroaselor investigații. În majoritatea cazurilor acestea sînt normale sau relevă mici abateri nesemnificative. Spontaneitatea și uneori sentențiozitatea cu care acești pacienți prezintă „analizele", exclude eventualitatea că cei care le-au recomandat, ori au reluat explorarea în mod repetat, nu au cunoscut rezultatele investigațiilor anterioare, care erau, desigur, normale.

Fără îndoială că repetarea examenelor s-a făcut sub presiunea acuzelor și la insistența pacienților. Clinicianul care le-a solicitat, ignorînd examenul anamnestic, a sperat că reconfirmarea „normalității" probelor va aduce anularea sau ameliorarea anxietății pacientului. Rezultatul este opus însă celui scontat, pacientul insistînd, în continuare, chiar cu un puls de fervoare, să fie reinvestigat. În aceste situații, medicul s-a lăsat antrenat și a fost manipulat de conduita psihopatologică a propriului său pacient;

în plus, presupusul diagnostic somatic nu a fost cu nimic elucidat, în timp ce tabloul clinic psihiatric a devenit şi mai bine conturat.

Pe lîngă iatrogenizarea prin excesivă şi nejustificată explorare, există o alta care se dezvoltă prin situaţia de spitalizare. Astfel, există pacienţi care consultă medicul şi se internează pentru o afecţiune reală, pe care o prezintă într-o formă simplă, nesistematizată, constituind „boala autogenă", neelaborată. În cadrul spitalizării însă, prin întrebări şi examinări, prin ansamblul acţiunilor orientate în vederea unei corecte diagnosticări, medicul „creează un alt tablou clinic, mai complet şi mai codificat, care se suprapune primului, reprezentînd, într-un anumit grad, boala iatrogenă" (A. Fernandez, 1973, p. 45).

Alteori, pacienţi cu o anumită structură a personalităţii sînt induşi în dezvoltarea ipohondriacă prin comunicarea unor rezultate incerte sau a unor descoperiri accidentale, în fond asimptomatice; un diverticul duodenal, o hernie hiatală minoră, un osteofit rahidian, o retroversie uterină etc., sînt acreditate cu virtuţi explicativ-etiologice ale unor tablouri clinice esenţial nevrotice. Descoperirile amintite (de fapt false diagnostice, care în virtutea spiritului clinic şi deontologic ar trebui ignorate) sînt, de cele mai multe ori, comunicate pacientului; acesta şi-a satisfăcut în mod episodic nevoia sa de înţelegere şi explicaţie, trecînd relativ rapid într-o nouă fază, de solicitare şi interogaţie.

La rîndul său, medicul crede că şi-a justificat funcţia, sperînd chiar că şi-a ilustrat competenţa, prin faptul că a relevat un element sau un aspect eventual mai greu de observat sau, pe care confratele său anterior l-a ignorat. În fond, el este acela care ignoră ceea ce este mult mai important şi anume faptul că evidenţiind un element nesemnificativ în explicarea patologiei a oferit pacientului argumentul, dar şi mijlocul de a-şi organiza şi cristaliza nucleul iatrogeniei; nu osteofitul pînă atunci netiut a constituit cauza nevrozei ci evidenţierea lui de către medic, fapt care a echivalat cu introducerea „bobului de nisip" în scoica personalităţii anancaste a pacientului.

7.2. *Caracterul unitar (somatopsihic) al examinării şi veridicitatea diagnosticării.* Aprofundarea cunoştinţelor medicale în cadrul fiecărui domeniu clinic, precum şi diversificarea domeniilor clinice medicale au determinat o deplasare a interesului şi implicit a investigaţiilor de la suferinţa bolnavului la explorarea aparatului sau organului afectat. Această unilateralizare care se manifestă tot mai amplu în activitatea clinică dar mai ales în investigaţie şi diagnosticare a ipostaziat aşa-numita „medicină de organ" care de fapt nu corespunde unui domeniu ci unui anumit mod de abordare.

Pe de altă parte, diversificarea investigării somatice determinată de imperative ştiinţifice, efectuată în vederea unei diagnosticări specifice, a avut ca rezultat prejudicierea cunoaşterii psihologice. Ignorarea subiectivităţii bolnavului şi în ultimă instanţă a insului ca persoană, deşi impusă de necesitatea investigării sale prin mijloace ştiinţifice, s-a dovedit în fond neştiinţifică, întrucît „ştiinţa cere un bilanţ exact al fenomenelor morbide: nu numai o investigaţie a mecanismelor cognoscibile în sfera organică, ci şi recunoaşterea, ca fapte reale, a fenomenelor psihice concomitente" (R. Kourilski, 1964, p. 25).

Diagnosticul complet, integral, al „pacientului total" cuprinde în linii mari două niveluri: al *diagnosticului descriptiv-somatic* şi al *diagnosticului sociodinamic*; primul este *diagnosticul entităţii nosologice* şi

determină orientările terapeutice, în timp ce al doilea constituie *diagnosticul constelației personologice* și permite evaluări reabilitative și prognostice. Dificultatea sau imposibilitatea cooperării cu pacientul nu îngăduie clinicianului depășirea diagnosticului descriptiv-somatic, dar după depășirea stadiului amenințării vitale (a situației urgenței medicale), acest nivel organic al diagnosticului poate fi completat cu nivelul psihologic, respectiv cu diagnosticul sociodinamic.

Diagnosticul descriptiv-somatic (al entității nosologice) se bazează în mod esențial pe examenul fizic și pe explorările biologice; el nu are suficiente resurse pentru edificări etiopatologice, permite în linii mari orientările terapeutice și este limitat în privința aprecierii evoluției și a formulărilor prognostice. Acest nivel al diagnosticului, bazat în special pe morfopatologie și fiziopatologie, nu are în vedere relația dintre medic și pacient; este nivelul tehnic al diagnosticului și aparține „unei biologii sau unei psihologii cu o singură persoană" (J. Rickman, cf. M. Balint, Enid Balint, 1966, p. 190), spre deosebire de nivelul personologic al diagnosticului care este rodul examenului unei relații umane și aparține cîmpului biologiei sau psihologiei cu două persoane.

Diagnosticul sociodinamic (al constelației personologice) are în vedere trăsăturile caracteristice ale personalității, constelațiile motivaționale și zonele conflictuale intrapsihice, tulburări ale aprecierii și orientării valorice, nonconcordanțe cu normele sociale sau abateri de la normă în domenii vitale esențiale. Acest diagnostic implică factori psihosociogenetici, atitudinea pacientului față de boală, gradul participării sale la vindecare și, în acest context, aserțiuni mai ferme cu privire la evoluție și reintegrare. Aceste exigențe ale cunoașterii, necesare diagnosticului sociodinamic, nu pot fi atinse decît printr-o relaționare adecvată și autentică între clinician și pacient care trebuie să prezinte nu numai capacitatea cognitivă, ci și disponibilitatea afectivă de a colabora la procesul propriei sale vindecări.

Alături de nivelul descriptiv-somatic al diagnosticului, nivelul sociodinamic se înscrie cu o pondere apreciabilă în cîmpul practicii medicale, realizînd în ansamblu diagnosticul „patologiei persoanei globale" (M. Balint, 1966, p. 131).

Cele două componente ale diagnosticului clinic realizează o unitate dialectică în sensul că *nivelul descriptiv-somatic* al diagnosticului, instituit în primul moment al examenului, elucidează starea biologică a pacientului și permite o mai bună abordare psihologică, în timp ce *nivelul sociodinamic*, prin informațiile de ordin personologic, oferă posibilitatea reanalizării și aprofundării datelor ce alcătuiesc diagnosticul nosologic. Astfel, prin cunoașterea personalității pacientului, „prin informații asupra emotivității, timidității, reticenței și prin alte aspecte ale diagnosticului psihologic, medicul poate aprecia valoarea datelor care-i sînt necesare în vederea diagnosticului nosologic" (G. Heuyer, 1966, p. 131). În același timp, nivelul sociodinamic al diagnosticului poate dezvălui aspecte etiopatogenetice, susceptibile de a determina și întreține manifestările funcțional-organice, situații frecvent întîlnite în afecțiunile psihosomatice.

8. Modelarea și standardizarea relaționării în scopul diagnosticării

În timp ce modul abordării anamnestice este imprimat de medic, maniera de răspuns, ca și gradul de participare la actul de investigare și diagnosti-

care sînt determinate de bolnav. În funcție de forma relaționării medicului, de caracterul ei directiv sau nondirectiv, răspunsul pacientului poate fi activ sau pasiv. La rîndul său, activismul răspunsului este însoțit de diverse grade de cooperare din partea bolnavului.

Principalele moduri de participare a pacientului la actul de diagnosticare pot fi grupate, în funcție de forma de relaționare, în anumite niveluri : *nonparticipativ*, *interogativ*, *noncooperativ*, *participativ* și *cooperativ*.

Combinînd modul de abordare al medicului cu nivelul de participare a bolnavului, obținem modelele de relaționare întîlnite în procesul de diagnosticare : *directiv-pasiv-nonparticipativ*, *directiv-pasiv-interogativ*, *directiv-activ-noncooperativ*, *nondirectiv-pasiv-noncooperativ*, *nondirectiv-activ-partcipativ* și *nondirectiv-activ-cooperativ*.

Prin analogie, putem considera că fiecărui model de relaționare îi corespunde un *prototip psihogenetic*, respectiv un anumit nivel de atitudine a părintelui față de îngrijirea copilului. Astfel, modelului de relaționare *directiv-pasiv-nonparticipativ*, întîlnit în cazurile clinice cele mai severe, în care pacientul este incapabil de orice participare sau colaborare cu medicul la procesul diagnostic, îi corespunde relația genetică dintre *mamă și sugar*. În aceste situații, în care pacientul este pasiv și nonparticipativ, medicul trebuie să fie în cel mai înalt grad directiv, în sensul că, renunțînd la orice element direct-informativ, se va baza în procesul diagnostic pe examenul fizic, obiectiv.

Un grad redus de relaționare între medic și bolnav se întîlnește în modelul *directiv-pasiv-interogativ*, în care pacientul, datorită gravității stării clinice, asemenea unui copil nu poate oferi informații anamnestice, avansînd doar eventuale interogații. Asemenea părintelui în relațiile sale cu copilul, medicul nu este preocupat de întreținerea dialogului sau de veridicitatea răspunsului pe care-l oferă pacientul, ci de promptitudinea și operativitatea diagnosticului și implicit a tratamentului, impuse de urgența cazului.

A treia instanță în relaționare, de tip *directiv-activ-noncooperativ*, presupune un anumit grad de activism din partea pacientului dar, datorită stării clinice, dorința sa de cooperare nu este utilă medicului în procesul de diagnosticare. Datorită acestui fapt, deși pacientul are în relație o atitudine activă, medicul va adopta o conduită directivă ca aceea a părintelui în îngrijirea unui copil la *vîrsta preșcolarității*. Asemenea acestuia, pacientul, deși lucid și bine orientat, este în general limitat în ceea ce privește relațiile utile diagnosticului.

Instanța ulterioară în relaționare este de tip *nondirectiv-pasiv-noncooperativ* ; ea implică un anumit credit al relatărilor pacientului și atitudinea de nondirectivitate din partea medicului. Deși relativ pasiv și predominant noncooperativ, pacientul, asemenea școlarului, poate oferi relatări utile diagnosticului, care vor fi încurajate prin nondirectivitatea clinicianului ; acesta, prin relaționarea sa nondirectivă, va spori inițiativa pacientului, gradul său de participare la procesul de diagnosticare și implicit la vindecare. Totodată relația nondirectivă a medicului va evita crearea unor relații de dependență a pacientului, ca și a unor sentimente de frustare.

La un nivel superior de relaționare în modelul *nondirectiv-activ-participativ*, întîlnim o atitudine nondirectivă din partea medicului și un răspuns activ-participativ din partea pacientului. Se realizează un model de relaționare între medic și pacient corespunzător aceluia dintre

PRINCIPALELE MODELE DE RELAŢIONARE - MEDIC - BOLNAV
ÎN PROCESUL DE DIAGNOSTICARE

Model de examinare	Nivel de participare	Nivel de relaţionare	Prototip genetic	Situaţii clinice	
				somatice	psihiatrice
Directiv – pasiv	nonparticipativ	directiv-pasiv-nonparticipativ	mamă-sugar	stări comatoase	stări stuporoase
Directiv – pasiv	interogativ	directiv-pasiv-interogativ	părinte-copil	urgenţe medico-chirurgicale cu limitarea conştienţei	stări confuzionale cu tulburări de orientare allo şi autopsihică
Directiv – activ	nonpasiv – noncooperativ	directiv-activ-noncooperativ	părinte-preşcolar	urgenţe medico-chirurgicale cu păstrarea conştienţei	stări de agitaţie psihomotorie
Directiv – activ	nonpasiv – noncooperativ	nondirectiv-pasiv-noncooperativ	părinte-şcolar	boli acute	stări delirant-halucinatorii cu păstrarea conştienţei
Nondirectiv – pasiv – activ	participativ	nondirectiv-activ-participativ	părinte-adolescent	boli subacute	stări procesuale şi decompensări psihotice
Nondirectiv – pasiv – activ	cooperativ	nondirectiv-activ-cooperativ	adult-adult	boli în faza de remisiune sau cu tendinţă la cronicizare	stări nevrotice şi reacţii nonpsihotice

părinte și adolescent; activismul și dorința de participare a pacientului pot fi stimulate și folosite de medic în procesul de elucidare a diagnosticului. Totuși, prin tendința lui de minimalizare a bolii, prin încrederea nefondată, uneori hazardată în forțele sanogenetice proprii, acest tip de pacient, asemenea unui adolescent, deși bine intenționat, activ și participativ, nu este util sub aspect cooperativ; elanul său, în mod nondirectiv ascultat, se cere însă orientat, uneori limitat, medicul cumpănind cu grijă în procesul diagnostic natura informației cu elocvența și obiectivitatea observației.

Modelul optim de relaționare în procesul de diagnosticare este cel *nondirectiv-activ-cooperativ*, specific colaborării între *doi adulți* aflați în autentică angajare și soluționare a unei situații critice, problematice. În acest caz, pacientul este pe deplin conștient de starea sa, dorește sincer să o depășească și în acest scop este receptiv la orice apel de angajare în procesul de diagnosticare. La rîndul său, medicul, nondirectiv, renunță la rolul de părinte substitutiv, întrucît găsește la pacient disponibilitățile unui partener avizat, activ și cooperant. În această situație, pacientul nu este un ins care trebuie manipulat, dirijat sau orientat, ci un aliat, autentic angajat, cu care medicul va colabora nu numai în procesul de diagnosticare, ci și în etapele ulterioare, de tratament și recuperare.

Această standardizare a examinării și modelare a relaționării impune medicului nu numai informație și experiență clinică nosografică, ci și comprehensiune interumană și cunoaștere psihologică; ele îi vor permite modul optim de abordare și oportunitatea în relaționare, utile pentru o promptă și corectă diagnosticare.

9. Un deziderat al diagnosticării clinice : oportunitatea intervenției terapeutice

În patologia internă și chirurgicală, dar și în psihopatologie, există tendința de a recurge în mod prematur, uneori intempestiv, la terapie și mai ales la medicamente cu puternică acțiune farmacodinamică. În special anumite manifestări ca durerea, febra, cefaleea, dar și anxietatea sau agitația ridică problema eventualei intervenții terapeutice, de natură să anuleze ori să reducă amploarea fenomenologiei clinice, înaintea elucidării diagnostice. Mai ales medicii tineri și omnipracticienii au tentația de a liniști pacientul printr-o medicație antalgică, miorelaxantă sau tranchilizantă, realizînd astfel o estompare a manifestărilor clinice și o „liniștire" nu prin eliminare, ci prin „acoperirea" proceselor patologice. Fără îndoială că aceasta este o atitudine spontană în fața suferinței sau tulburării, dar nu întotdeauna oportună, fiind uneori chiar prejudiciabilă. Astfel, se știe că în situația unor dureri abdominale violente, intens acuzate, nu este recomandabilă intervenția prin medicamente cu acțiuni antalgice și mai ales prin substanțe opiacee, decît în urma unei examinări atente, susceptibile să elucideze aspectele etiologice și să contureze supozițiile diagnostice.

Actualmente, nu numai internistul sau chirurgul, ci și psihiatrul, deși conștient de faptul că diagnosticarea trebuie să preceadă prescripția, cedează tentației de a interveni cu neuroleptice datorită efectelor spectaculare pe care le obține, ignorînd interferența lor negativă în demersul cunoașterii clinice; într-adevăr, în condițiile terapeutice actuale, a suprima o durere este un fapt clinic obișnuit, dar a reduce o stare de agitație, a înlă-

tura o manifestare confuzională sau halucinatorie apare ca un act terapeutic deosebit.

Tendința compulsivă de a obține remisiuni clinice prompte prin intervenții imediate se constată nu numai în cazul urgențelor, ci și în afecțiuni mai reduse sub aspectul manifestărilor clinice, ca și în boli ce tind spre evoluții cronice, împiedicîndu-se astfel dezvoltarea unei relații terapeutice necesare elucidării diagnostice.

9.1. *Suprainvestirea diagnosticării și minimalizarea tratării.* Deși poartă o denumire, diagnosticul nu se reduce la aceasta, ci semnifică încheierea unui proces de căutare, culegere, interpretare și validare în care, de cele mai multe ori, intervin elemente creatoare. Nu rareori, concluzia diagnostică comprimă efortul creator al actului medical. În aceasta constă satisfacția uneori inconștientă dar în mod constant prezentă a clinicianului în fața diagnosticului; el pune la încercare cunoștințele, experiența și fără îndoială orgoliul profesional al medicului.

Alteori însă, satisfacția diagnosticării lasă în umbră sau scotomizează problematica tratării. Clinicianul consideră în mod tacit că elaborarea diagnosticului depinde de el, angajîndu-i prestigiul profesional, reconfirmîndu-l ca om de știință. Dimpotrivă, tratamentul, de cele mai multe ori limitat, nu constituie o angajare a competențelor, alegerea medicamentelor, fixarea posologiilor, stabilirea oportunităților, vizînd în slabă măsură creativitatea clinicianului; în plus, aceste probleme ale tratamentului, îndeobște cunoscute, decurg deseori în mod firesc din precizarea diagnosticului.

Slaba angajare a medicului în efortul terapeutic (în comparație cu intensa lui participare la procesul diagnostic) se datorește și faptului că rezultatul terapiei este condiționat de factori în relativă independență față de propria-i competență, ca de exemplu: natura bolii, forma sa clinică, stadiul evolutiv, acțiunea farmacodinamică a medicamentului etc. Cu alte cuvinte, rezultatul tratamentului este pus pe seama progreselor farmacologiei și a limitelor științei medicale, în timp ce elaborarea diagnosticului angajează în mod direct competențe profesionale.

9.2. *Diagnosticul — instanță preliminară și necesară tratamentului.* Concepția medicală tradițională, conform căreia elaborarea diagnosticului trebuie să preceadă instituirea tratamentului, este menținută în conduita clinică actuală. Înscrisă în ordinea legică a actului medical, această concepție, cu valoare axiomatică, prezintă un corolar: reconsiderarea și revalorizarea diagnosticului. Aceasta are loc prin procesualitatea elaborării sale în care „evaluarea științifică, obiectivă a simptomelor și datelor . . .(implică) evaluarea consecințelor" (M. J. Martin, 1980, p. 2030). Prin aceasta, procesul de diagnosticare determină o evaluare a bolii nu numai sub aspect nosografic, ci și din punct de vedere al gravității, al stadiului evolutiv și al duratei. În afara evaluării datelor clinice și biologice, diagnosticul cuprinde însă și impactul noilor condiții psihosociale asupra modului de viață al bolnavului. De aceea, orientarea terapeutică a clinicianului ar trebui să fie determinată de starea clinică și de diagnosticul pacientului care includ date privind natura afecțiunii, caracterul simptomatologiei, stadiul evolutiv al bolii, ca și modul de răspuns al bolnavului la tratamente anterioare similare. Totuși, studii sociologice efectuate în ultimii ani ilustrează faptul că decizia cu privire la prescripția tratamentului nu este determinată numai de patternul patologic al pacientului și de procesul diagnostic, ci și de formația și experiența medicului, la rîndul lor puternic

influenţate de contextul social şi instituţional în care acesta îşi desfăşoară activitatea. Numai în acest ansamblu actul diagnosticării este relevant în privinţa planificării terapiei şi estimării prognosticului.

Caracterul *sine qua non* al diagnosticării ca o premisă a tratării se impune cu precădere în afecţiunile chirurgicale şi cu o mai slabă rigoare în afecţiunile „medicale". În primul caz, intervenţia terapeutică are o condiţionare diagnostică, iar în al doilea caz, instituirea terapiei este în funcţie de specificitatea acţiunii farmacodinamice asupra proceselor patologice. Astfel, o intervenţie neurochirurgicală nu poate precede elucidarea diagnostică, în timp ce pentru psihiatru instituirea terapiei psihofarmacologice poate avea loc în mod concomitent cu procesul clarificării diagnostice. În orice situaţie clinică însă, aplicarea intempestivă a terapiei determină diminuarea sau estomparea simptomatologiei, demersul diagnostic fiind astfel perturbat sau chiar prejudiciat. Totodată, menţionăm că procedeul „probei terapeutice" utilizat în vederea elucidării diagnostice contravine judecăţii clinice. Bazată pe încercare, avînd o slabă justificare, „proba terapeutică" pune în paranteză informarea şi experienţa clinică, marcînd abandonul disimulat al efortului de elucidare diagnostică.

10. Axiologie diagnostică, realitate clinică şi exigenţă etică

Condiţionaţi de formaţia lor pregnant biologică, medicii clinicieni sînt orientaţi în practică asupra diagnosticelor de natură somatică. Această disponibilitate clinică este şi mai bine conturată de faptul că pacienţii cu o afecţiune psihică, de cele mai multe ori nevrotică, prezintă la consultaţie, în prim-planul acuzelor, tot o fenomenologie somatică. În plus, în afara manifestărilor conversive, stările depresive, întîlnite cu o mare incidenţă în practica medicală curentă, prezintă o aparenţă somatică, simptomele somatoforme constituind, în cele mai multe cazuri, expresia clinică a depresiei. Alteori, starea depresivă este inaparentă clinic, manifestîndu-se printr-o fenomenologie somatică în cadrul tabloului cunoscut ca *depresia sine depressione*.

Aceste situaţii, ca şi numeroase alte condiţii clinice psihiatrice, exprimate prin acuze somatice, induc medicul somatician în căutarea şi diagnosticarea unei afecţiuni fizice. Astfel, deşi se apreciază că peste 50 % din persoanele care solicită consultaţia medicului internist sau generalist prezintă o suferinţă nevrotică, majoritatea diagnosticelor vizează o tulburare somatică.

10.1. *Scala axiologică a diagnosticului clinic : de la diagnosticul chirurgical la cel psihologic.* Fără îndoială, diagnosticul somatic este mai înalt valorizat decît diagnosticul funcţional sau psihiatric şi în mod empiric se consideră că o afecţiune organică este mai severă decît una psihică, ceea ce ar impune o diagnosticare mai promptă şi într-o manieră mai elocventă.

Pe de altă parte, evoluţia rapidă a unei afecţiuni organice, ca şi ideea incurabilităţii tulburării psihice, susţin acest stil al conduitei diagnostice. În virtutea acestor considerente, medicul se simte cu atît mai satisfăcut din punct de vedere profesional, dar şi sub aspect moral, cu cît diagnosticul pe care l-a stabilit este în mai mare măsură legat de o alterare anatomică decît de o perturbare fiziologică sau psihologică.

Diagnosticul chirurgical impune în primul rînd o intervenţie promptă, de cele mai multe ori urgentă. În această situaţie tratamentul, legat de obicei de o zonă anatomică alterată, constă în extirpare, eliminare sau drenare, ceea ce are drept consecinţă o rapidă şi evidentă remisiune simptomatologică sau chiar o vindecare; situaţia se apropie în cel mai înalt grad de conţinutul noţiunii de salvare.

Diagnosticul medical, urmînd celui chirurgical, este de asemenea valorizat în plan profesional, componenta lui organică sau fiziopatologică fiind în mod pedant relevată şi delimitată prin analiză diferenţială. Din acest punct de vedere, angajarea în sesizarea şi evidenţierea diagnosticului fizic depăşeşte uneori expectaţiile impuse de starea pacientului, intrînd în joc profesionalismul clinicianului. Acesta îşi lărgeşte aria investigatorie, repetă examinările, dialogînd cu aparatele şi cu simptomele, pe seama stării bolnavului. Cînd nu pot fi decelate nici anomalii minore, fie şi nesemnificative clinic, pacientul este etichetat „nevrotic" sau „funcţional", fiind eliminat din cîmpul diagnosticului medical.

Diagnosticul psihiatric decurge uneori din demersul anterior; în aceste cazuri el nu este rodul unui proces epistemic, al unui efort de sesizare, adunare, analiză şi decantare a datelor clinice, ci expresia excluderii eventualităţilor scontate, cu obstinaţie căutate. Astfel, diagnosticul psihiatric al somaticianului nu are un sens pozitiv, nu este un construct, expresie a unui proces de observaţie şi reflexie; el este o conotaţie rezultată prin excludere, o *zona incerta* a speranţelor diagnostice anulate. Acest fapt este exprimat în însăşi concluzia pe care medicul o comunică pacientului, în locul diagnosticului: „nu ai nimic organic, eşti un funcţional" sau „un nevrotic", apelativ care în accepţiunea pacientului se traduce prin „închipuit" sau „isteric", fapt ce provoacă nemulţumire, nedumerire şi nu rareori indignare.

La rîndul său, clinicianul se simte jenat, eventual neputincios ori ofensat, pentru că eforturile sale nu au fost confirmate prin date cu relevanţă organică, susceptibile de a primi o evaluare diagnostică. În plus, relaţia sa cu pacientul este grevată de faptul că la oferta simptomelor acestuia, el nu poate oferi diagnosticul fizic aşteptat, pentru care a fost, de fapt, consultat.

Dacă în accepţiunea somaticianului sau omnipracticianului, diagnosticul psihiatric este devalorizat întrucît constituie concluzia negativă a examinării şi infirmarea supoziţiilor de organicitate, *diagnosticul psihologic* este ignorat pentru că, din punctul de vedere al clinicianului, este subtil şi sofisticat. Lipsit de o formaţie psihologică sau posedînd doar elemente de psihologie printr-o informare incompletă sau incidentală, clinicianul nu are posibilitatea de a formula un diagnostic al personalităţii pacientului. În plus, medicul, convins de faptul că scopul imediat al diagnosticului este instituirea tratamentului, ştie că un „diagnostic psihologic" nu impune un corectiv terapeutic, farmacologic. În virtutea acestor considerente, scala axiologică a diagnosticului clinic nu se ridică de la somatic spre psihic, ci coboară de la organic la funcţional, de la aparent la mai puţin evident, de la chirurgie spre psihologie.

11. Diagnosticul ca proces de personalizare a bolii și de anulare a personalității bolnavului

Instruirea și formarea medicală contemporană, bazată pe o profundă dar unilaterală cunoaștere biologică și nosografică se reflectă în activitatea și conduita clinică printr-o acută carență psihologică. Într-adevăr, studiile medicale actuale, bazate în exclusivitate pe date biologice și de organicitate, sînt prejudiciate sub aspectul componentei psihologice; astfel, se studiază cu rigoare și analitism cele mai discrete aspecte anatomice și histologice, subtile reacții biochimice și ipotetice mecanice fiziopatologice, dar se ignoră elementare date psihologice, necunoscîndu-se care sînt principalele procese și funcții psihice, elementele structurale ale personalității insului, aspectele motivaționale și condițiile determinante ale conduitei sale. Sub aspectul conținutului, procesul instructiv și informațional actual pregătește viitorul clinician pentru abordarea procesului morbid și nu a persoanei care-l dezvoltă și-l prezintă. Acest fapt este cu atît mai surprinzător cu cît practica medicală a relevat dintotdeauna rolul esențial al stării psihice în evoluția proceselor patologice. Această veche observație, care își găsește sorgintea în medicina hipocratică, a fost reconfirmată cu fiecare situație clinică, devenind astăzi axiomatică.

La rîndul său, învățămîntul clinic, structurat esențialmente nosografic, favorizează orientarea către boală pe care printr-un demers discursiv și analitic o apoteozează și nu către bolnav pe care (în virtutea explorărilor paraclinice și a dialogului cu aparatele) îl ignoră. Acest fapt apare evident nu numai în conduita, ci și în „comunicarea" clinicienilor, iar formulări ca: „vă trimit o cardiopatie ischemică", „o insuficiență aortică", „un diabet", „o ciroză", „o fractură de col femural" ori o „nevroză cenestopată" etc., au devenit anodine chiar în marile unități terapeutice.

De asemenea, din chestionare adresate medicilor clinicieni s-a evidențiat corelația pozitivă între gravitatea diagnosticului și personalizarea lui: „carcinomul de la patul x", „abdomenul acut de la patul y", „sindromul ocluziv din rezerva z" fiind apelative mai constant întîlnite decît acelea care vor să indice nevroza, eczema, spondiloza sau chiar arterita.

Se constată de asemenea că tendința de personalizare a unei boli este în relație cu caracterul manifestării sale: de limitare sau de generalizare. Astfel, cu cît procesul patologic este mai net delimitat, susceptibil de a fi mai direct abordat terapeutic și eventual eliminat, cu atît este mai personalizat. Dimpotrivă, cu cît procesul morbid este mai vag, mai difuz, mai generalizat, cu atît orientarea clinicianului se deplasează asupra pacientului care este mai atent considerat; de exemplu, afecțiunile chirurgicale, în general, localizate, sînt mai frecvent personalizate decît afecțiunile psihice în cadrul cărora nu pot interveni disjuncții epistemologice între persoană și procesele patologice.

Pe de altă parte, cu cît diagnosticul este mai acut și mai bine precizat, cu atît este mai puternic personalizat; în acest sens o tuberculoză pulmonară sau o silicoză fiind mai vag conturate și mai discret manifestate sub aspectul fenomenologiei clinice, sînt mai slab personalizate decît o pneumonie sau o pleurezie. De fapt, pe măsura cronicizării, boala pierde din conținutul personalizării; devenind mai puțin evidentă, nemaiprezentînd o problemă urgentă, boala este dezinvestită, deși continuă să consti-

tuie o preocupare pentru clinician, fiind în continuare tratată. Cînd boala depășește stadiul urgenței, cînd nu mai formează o „problemă clinică", ea cunoaște o recentrare, angajînd tot mai mult preocuparea bolnavului; are loc un proces de dezinvestire și depersonalizare a bolii și de reinvestire și de repersonalizare a pacientului.

11.1. *Subiectivitatea trăirii bolii, dificultatea estimării și caracterul scolastic al diagnosticării.* Suferința, ca și trăirea bolii, este esențialmente subiectivă dar această formulare ce frizează pleonasmul dorește tocmai să sublinieze nuanțarea infinită a subiectivității simptomului față de rigoarea estimării sale; de fapt, semiologia este o fenomenologie clinică fragmentată după criterii empirice și utilități didactice. Această fragmentare a unității și continuității trăirii în elemente semiotice de comportament este expresia (inerentă și întrucîtva inconștientă) a unor tendințe comportamentiste și nu întîmplător behaviorismul ipostaziază (uneori apoteozează) manifestarea, simptomul și ignorează rădăcina lui, trăirea, ca și contextul în care se manifestă respectiv boala ori sindromul.

Expresie a trăirii, a unei stări esențial subiective, simptomele nu pot fi întotdeauna obiectiv apreciate și estimate prin determinări obiective. În plus la dificultatea obiectivării simptomelor se adaugă subiectivitatea judecății clinicianului care este supusă caracteristicilor formării sale medicale și sistemelor de valori ale culturii grupului.

În același timp însă, orice nosografie și cu atît mai mult o taxonomie, exprimînd nevoia de ordine, delimitare și rigoare, nu poate opera decît cu elemente obiectiv-evaluate și cît mai precis exprimate. Dar precizia indicatorilor biofizici și biochimici care a contribuit la statuarea diagnosticului medical nu poate fi întîlnită în analiza clinică sau în faptul comportamental. În plus, dacă valoarea acidității sucului gastric, glicemiei, ureei sau colesterolemiei poate fi estimată cu obiectivitate și precizie cifra în sine nu reprezintă boala care a determinat-o și nu permite *ipso facto* ipostazierea diagnostică și încadrarea nosografică. De fapt, diagnosticul, instanță superioară a raționamentului clinic, presupune nu numai semne clinice sau indicatori biochimici, ci un context semiotic particular; elementele acestuia au nu numai o prezență concomitentă (ce permite selecționarea și inventarierea printr-o analiză transversală), ci și o istorie proprie, o evoluție caracteristică (ce poate fi sesizată prin analiză anamnestică longitudinală).

Uneori, în patologia organică dar mai ales în patologia psihică, simptomele greu pot fi distinse și estimate ca fenomene clinice individuale, ele constituind urzeala actelor comportamentale. Dizolvat în conduită, simptomul nu poate fi în mod realist individualizat, supus unei sistematizări sau încadrat, cu toate că în practică utilizăm acest procedeu, al modelului diagnostic medical, în virtutea scopurilor didactice și al delimitărilor clinice.

Considerații similare, dar cu atît mai pertinente pot fi făcute despre boală, văzută nu ca entitate ci ca perioadă, unică și particulară a existenței. Întrucît aceeași afecțiune este trăită și exprimată în mod individual, este formal (și prejudiciabil sub aspect moral) efortul de a diagnostica, împărți și încadra persoanele (existențe unice, indivizibile și irepetabile) aflate într-o situație clinică, în procustiana compartimentare nosografică. Prin aceasta, nosografia devine vulnerabilă în confruntarea cu criteriile

psihologiei, cu orientările sociologiei, cît şi cu principiile moralei, fapt pentru care procesul diagnosticării cunoaşte actualmente efervescenţa reevaluării.

12. Diagnosticul pluridimensional, încercare de cuprindere a patologiei omului total

Actualmente se încearcă depăşirea insuficienţelor amintite, generate în mod esenţial de modul de diagnosticare unidimensional, prin eforturi de elaborare a unui model diagnostic pluridimensional, respectiv multiaxial, susceptibil să reflecte „o cunoaştere mai atentă, comprehensivă şi completă a pacientului şi stării sale" (J.E. Mezzich, 1980, p. 1072), prin abordarea biologică, psihologică şi a implicaţiilor sociale. În vederea acestui deziderat, axele diagnosticului clinic vor cuprinde nu numai fenomenologia (respectiv simptomatologia) ci şi factorii *etiologici* (biologici şi psihosociali), dimensiunea temporală (privind debutul, durata şi evoluţia) şi funcţionarea socială (care cuprinde disponibilităţile de relaţionare, de adaptare socială şi capacitatea profesională).

Necesitatea unui diagnostic „multidimensional" a fost semnalată de E. Kretschmer (1957), iar primele modele diagnostice pluriaxiale au apărut cu aproximativ două decenii în urmă, moment care iniţiază şi anunţă declinul antinosografiei şi sindromologiei în general şi al antipsihiatriei în special. Astfel, E. G. Gardner (1965) recomandă ca în alcătuirea diagnosticului să se ţină seama de trei axe referitoare la : a) tipul bolii, b) nivelul şi evoluţia incapacităţii şi c) structura personalităţii pacientului, În acelaşi timp, H. Gastager (1965), referindu-se la diagnosticul psihiatric preconizează ca acesta să se compună dintr-un „diagnostic simptomatologic" (semiologic), un „diagnostic al personalităţii" şi un „diagnostic al poziţiei şi evoluţiei sociale".

Pentru cuprinderea comprehensivă a tulburărilor psihice întîlnite la vîrsta copilăriei, M. Rutter şi colab. (1969) propun un sistem nosografic şi diagnostic triaxial care cuprinde : a) sindromul clinic, b) nivelul intelectual şi c) factori etiologici (biologici şi psihosociali).

Un model diagnostic multiaxial, considerat „sistematic şi comprehensiv", a fost elaborat de J. S. Strauss (1973), avînd în componenţa sa axe privind : a) simptomatologia, b) durata şi evoluţia tulburărilor, c) factorii biologici asociaţi, d) capacităţile relaţionale şi e) performanţele profesionale.

În linii mari, criteriile prevăzute de J. S. Strauss au stat la baza evaluării multiaxiale a diagnosticului propus de D.S.M. III care se bazează pe :

— A) *axe tipologice* referitoare la : a) sindromul clinic (axă care în afara simptomatologiei cuprinde aspecte privind severitatea, periodicitatea şi cronicitatea manifestărilor), b) tulburări de personalitate şi c) tulburări somatice (nonpsihiatrice);

— B) *axe dimensionale* referitoare la : d) factori psihosociali cu caracter stressant şi e) nivelul cel mai înalt de funcţionare socioprofesională anterioară.

După cum se poate constata, *axele tipologice* au un caracter tradiţional şi pot fi aplicate în „sisteme de diagnostic standard", în timp ce *axele*

dimensionale, reprezentînd variaţii continue şi ordonate, implică o mai bună utilizare a informaţiei disponibile, oferind posibilitatea emiterii unor aserţiuni prognostice şi integrativ-adaptative ale pacientului.

Printre scopurile imediate ale diagnosticului multiaxial se înscrie contribuţia la *elucidarea problemelor etiologice* (prin abordarea integrativă, holistică, în care aspectele biopsihologice sînt corelate cu cele ecologice) şi *ameliorarea funcţionării serviciilor clinice*, ca şi a activităţii clinice concrete. Această optimizare a activităţii clinice cuprinde, la rîndul ei : a) *organizarea informaţiei clinice* (prin atenţia corelată şi sporită acordată atît fenomenologiei clinice, cît şi nivelului funcţionării socioprofesionale), b) *facilitarea unei comunicări* clare şi precise între specialişti (printr-o mai bună delimitare conceptuală a diferitelor fenomene clinice şi printr-o formulare mai sigură şi mai unitară a diagnosticului) şi c) *elaborarea programelor terapeutice* şi a *evaluărilor prognostice.*

Ca expectaţii secundare ale diagnosticării multiaxiale se menţionează contribuţia la *promovarea sănătăţii publice* prin datele consemnate care prezintă o mai mare unitate şi un plus de reliabilitate, prin evaluarea mai concretă a incidenţei şi prevalenţei diverselor condiţii clinice, fapt ce permite o planificare mai raţională a programelor de prevenţie şi terapie.

Valoarea diagnosticului pluridimensional constă în mod esenţial în gradul său înalt de *reliabilitate* (estimat prin acordul clinicienilor asupra diagnosticului aceluiaşi pacient) şi puternica *validitate* care permite formulări diagnostice mai specifice şi mai adecvate complexităţii condiţiei clinice.

Menţionăm faptul că abordarea pluridimensională a diagnosticului s-a dezvoltat în interiorul psihiatriei, care, deşi greu confruntată cu tendinţele antinosografiei, constituie domeniul clinic cu cele mai mari disponibilităţi şi deschideri spre o cuprindere a pacientului sub dimensiunea sa biologică şi în egală măsură psihologică şi sociologică. Prin această tendinţă comprehensivă şi larg aplicativă asupra procesului diagnostic, psihiatria aduce o contribuţie valoroasă epistemologiei medicale în general şi considerării pacientului în ansamblul dinamic al laturilor sale, ca om total într-un anumit context social, în special.

Bibliografie

Ahrenfeldt, H. R., *La notion de santé mentale*, în : „Encyclopédie Médico-Chirurgicale, Psychiatrie", 1971, 37960, A 10, nr. 7, p. 1—8.

Ajuriaguerra, J. de., *Manuel de Psychiatrie de l'enfant*, Paris, Masson, 1974.

Balint, M., *Le médecin, son malade et la maladie* (trad. de l'anglais par J. P. Valabrega), Paris, Payot, 1966.

Balint, M., Balint, Enid, *Techniques Psychothérapeutiques en Médecine* (trad. de l'anglais par J. Dupont et J. P. Valabrega), Paris, Payot, 1966.

Gardner, E.G., *The role of the classification system in outpatient psychiatry*, în: *The Role and Methodology of Classification in Psychiatry and Psychopathology* (M.M. Katz et al. eds.), Bethesda, United States Public Health Service, 1965.

Gastager, H., *Die Rehabilitation der Schizophrenen*, Stuttgart, Huber, 1965.

Fernandez, A., *L'acte médical pathogène*, în : *Traité de Psychologie Médicale* (red. P. Sivadon), Paris, P.U.F., 1973, p. 43—54.

Heuyer, G., *Vingt leçons de Psychologie Médicale*, Paris, P.U.F., 1966.

Ionescu, G., *The Medical Model of Mental Disorders*, în : „Revue Roumaine des Sciences Sociales. Psychologie", 1981, 25, 1, p. 47—60.

Kourilski, R., *La rélation médecin-malade*, în : *La formation psychologique des médecins* (red. R. Kourilski, J. A. Gendrot, E. Raimbault), Paris, Maloine, 1964, p. 23—29.
Kretschmer, E., *Die mehrdimensionale Struktur der Schizophrenien mit Bezug auf ihre Therapie*, „Zschr. Psychother", 1957, 7, p. 183.
Martin, M. J., *Psychiatry and Medicine*, în : *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, III, vol. 2 (H. I. Kaplan, A. M. Freedman, B. J. Sadock, eds.), Baltimore, London, Williams-Wilkins, 1980, p. 2030—2041.
Mezzich, J. E., *Multiaxial Diagnostic Systems in Psychiatry*, în : *Comprehensive Textbook of Psychiatry* (H. I. Kaplan, B. J. Sadock, A. M. Freedman eds.), Baltimore, London, 1980, p. 1072—1079.
Offer, D., Sabshin, M., *Normality*, în : *Comprehensive Textbook of Psychiatry* (A. M. Freedman et al. eds.), Baltimore, The Williams-Wilkins Co., 1975, p. 459—464.
Rutter, M. et al., *A tri-axial classification of mental disorders in childhood*, „Journ. Child Psychol. Psychiatry", 1969, 10, 41.
McQueen, D. V., *Perspectives socio-culturalles dans la santé et la maladie* „Das Medizinische Prisma", 1978, 4, 1—22.
Schneider, K., *Klinische Psychopathologie*, Stuttgart, Georg Thieme Verlag, 1962.
Scoppa, A., *Normalità ed anormalità psichica*, în : *Trattato di Psichiatria clinica moderna*, Societa Editrice, Universo, Roma, 1972.
Sidney, G., *Essential Principles of Psychiatry*, London, Pitman Medical, 1970.
Strauss, J. S., *Diagnostic models and the nature of psychiatric disorder*, „Arch. Gen. Psychiatry", 1973, 29, p. 445.
Voiculescu, M., *A fi clinician*, „Viața Medicală", 1972, 19, 11, p. 481—482.
Weise, K., *Stellung und Function der Psychopathologie*, în : *Sozialpsychiatrie in der sozialistischen Gesellschaft* (red. B. Schwarz, K. Weise, A. Thom), Leipzig, Veb Georg Thieme, 1971, p. 59—90.
* * * *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (third edition), Copyright The American Psychiatric Association, 1980.

Capitolul VII

ROLUL PSIHOLOGULUI ÎN EXPERTIZA CAPACITĂȚII DE MUNCĂ

1. Stabilirea gradului de incapacitate funcțională și invaliditate psihică

Expertiza medicală a capacității de muncă este o activitate medico-socială care urmărește evaluarea potențialului organic și funcțional al persoanei expertizate și raportarea rezultatelor evaluării, la specificul solicitărilor profesionale.

Evaluarea capacității de muncă nu este posibilă fără stabilirea diagnosticului anatomo-clinic privind bolnavul în integralitatea sa sistemică somato-psihică și fără stabilirea gradului alterărilor funcționale la nivelul diferitelor susbsisteme (organe, aparate, procese, funcții etc.) spre a afla restantul funcțional în vederea unei evaluări prognostice și recuperatorii.

Acțiunea de diagnosticare revine medicului specialist care tratează bolnavul, observă evoluția bolii și institule o serie de măsuri cu caracter recuperator în concordanță cu totalitatea datelor obținute despre bolnav prin intermediul diferitelor metode de explorare clinică și paraclinică.

Psihologul își aduce contribuția la elaborarea diagnosticului clinic și funcțional prin informațiile pe care le oferă despre persoana investigată. Explorarea psihologică în clinică prezintă anumite particularități, dată fiind starea de boală care poate handicapa persoana în capacitățile sale adaptative din perioada de sănătate. Practica a confirmat utilitatea situării bolnavului „în acțiune", ca „subiect care gîndește, deliberează, decide și acționează", în cadrul unor sarcini impuse de către examinator, conform unor ipoteze formulate în legătură cu aspectele psihologice urmărite și particularitățile persoanei investigate (date personale, statut socioprofesional, tablou psihopatologic etc.). Simularea unor situații de viață sau a unor operații și acțiuni întîlnite în diferite profesiuni, în cuprinsul unor modele experimentale și situații-test, permite psihologului clinician evaluarea posibilităților actuale de reinserție a persoanei, printr-un examen psihologic cu o valoare predictivă destul de ridicată pentru prognosticul profesional.

Obiectivele examenului psihologic în expertiza capacității de muncă se axează mai ales pe cercetarea efectelor destructurărilor patologice asupra persoanei, afectată de agresiunea unor factori patogeni (exogeni, endogeni sau pluridimensionali) concomitent cu evaluarea potențialului său premorbid. Totodată, se cercetează relațiile dintre aceste deficite și tulburări cu o grijă deosebită pentru investigarea stadiului și calității mecanismelor compensatorii ale persoanei, în funcție de natura și gradul solicitărilor profesionale.

Destructurările cu caracter patologic se pot manifesta la nivelul diferitelor aptitudini, procese psihice sau funcții, în raport cu natura, intensitatea, localizarea sau extinderea factorului patogen, sub forma unor incapacități funcționale mai mult sau mai puțin exprimate. Unele tulbu-

rări ca diminuarea reactivității senzorio-motorii, tulburarea proceselor de atenție și implicit a capacității de fixare-memorare sau, în cazurile mai grave, deteriorarea funcțiilor instrumentale, pot să antreneze o reducere în proporții variabile a capacității de muncă a persoanei, în raport cu nivelul solicitărilor profesionale. Anumite dezintegrări psihice pot surveni însă în lipsa oricăror dereglări organice evidente. În cazul acesta, dezechilibrul persoanei se reflectă în dezorganizarea personalității și tendința sa de reorganizare după un „model psihopatologic", cum este cazul în unele forme de nevroză și în psihopatiile fără substrat organic lezional.

Varietatea deficitelor psihosenzoriale și a tulburărilor psihice cauzate de destructurările patologice, precum și particularitățile patoplastice foarte diferite ale acestora, cu multiple rezonanțe în întreaga structură a personalității bolnavului, obligă psihologul la două modalități exploratorii mai importante: a) cercetarea funcțională a diferitelor procese și funcții psihice, detașate pe cît posibil din contextul intersistemic, și b) analiza structurală a modelului particular de organizare ierarhică a personalității. Aceste modalități de investigație psihologică implică o permanentă situare a persoanei între normele de grup (elemente statistice, bareme etc.) și normele individuale, pe de o parte, și între normalitate și patologie, pe de altă parte. În vederea acestei acțiuni, psihologul se servește de modelele de referință oferite de psihologia persoanei și diferite modele nosologice în funcție de diagnosticul clinic al cazului expertizat, pentru o cît mai diferențiată evaluare a potențialului restant în raport cu exigențele profesionale.

Etapa experimentală a examenului psihologic „oferă posibilitatea cuantificării unor performanțe în condiții de relativă obiectivitate și cu posibilitatea modelării condițiilor experimentale, în funcție de necesitățile diagnosticului" (B. Zörgö, 1966, p. 263). Evaluarea performanțelor obținute de către subiecți la diferite probe psihologice necesită o permanentă confruntare cu alte modalități exploratorii, care pot explica uneori ineficiența constatată prin intermediul experimentului diagnostic. Investigarea particularităților premorbide ale personalității, a nivelului actual al trebuințelor, a tendințelor patologice, a conținutului motivelor și intereselor, studiul dinamic al forței care determină reacțiile de răspuns ale bolnavului, întregesc imaginea despre persoană și explică în unele cazuri eficiența scăzută, constatată la unele probe de performanță.

Etapa clinică permite extinderea procedeelor exploratorii, pînă la completa elucidare și caracterizare a persoanei investigate, cu o atenție deosebită asupra modalităților de rezolvare a probelor experimentale, asupra strategiilor utilizate de către pacient la fiecare probă și asupra întregului comportament operator al persoanei, desfășurat în timpul examenului psihologic.

Operațiunea de integrare și interpretare a datelor despre bolnav se reflectă în stabilirea ierarhiei și a ponderei pe care o dețin diferitele trăsături și dispoziții individuale, a „forței" după care acestea se articulează între ele în ansamblul psihismului, care exprimă coeficientul de organizare internă a personalității. Modelul de formulare a diagnosticului psihologic în această variantă ar consta într-un portret psihologic exprimat în termenii configurației particulare a ansamblului de trăsături tipice care, „ca într-o constelație, se orînduiesc în jurul unei dominante" (V. Pavelcu, 1972, p. 271).

Într-o altă variantă, în funcţie de problematica prezentată de cazul expertizat, informaţiile obţinute la examenul psihologic se prezintă medicului sub forma unui aviz în care se enunţă rezultatul elaborărilor diagnostice în termenii tulburărilor cantitative şi calitative ale diferielor procese şi funcţii psihice, însoţite de specificarea perturbărilor constatate în organizarea personalităţii. Pentru aprecierea potenţialului funcţional restant, în unele cazuri, medicul solicită în mod expres inventarierea diferitelor deficite, precum şi a calităţii mecanismelor compensatorii capabile să suplinească diminuarea eficienţei parţiale sau totale a persoanei handicapate psihofiziologic.

Diagnosticul anatomo-clinic şi funcţional, elaborat de către medicul specialist pe baza datelor obţinute, permite medicului expert să încadreze bolnavul într-o activitate profesională potrivită cu potenţialul funcţional restant. În cazul cînd se constată tulburări şi deficite importante care duc la incapacitate funcţională sau totală; în raport cu solicitările profesionale anterioare îmbolnăvirii, se procedează la încadrarea bolnavului într-un grad de invaliditate corespunzător cu profilul somato-psihic stabilit.

Încadrarea în invaliditate constituie o măsură socială, menită să asigure refacerea bolnavului în condiţii terapeutice şi recuperatorii adecvate. *Gradul de invaliditate* reflectă intensitatea şi *gradul de incapacitate funcţională* a persoanei, între cele două acţiuni de stabilire a situaţiei medico-sociale a bolnavului existînd un raport de interdependenţă şi reciprocitate; ambele reprezintă modalităţi recuperatorii cu un puternic suport social-umanitarist. Din această perspectivă „evaluarea capacităţii de muncă este deci nu numai un act de prognoză medicală, ci şi de prognoză psihosocială a insului invalidat" (G. Ionescu, 1972, p. 519).

2. Stări şi procese psihice cu potenţial invalidant

2.1. Stări psihopatologice dezvoltate în cadrul unor afecţiuni somatice

Dinamica manifestărilor psihice specifice sau nespecifice, apărute cu sau fără participarea conştientă a bolnavului la simptomatologia reactivă faţă de propria sa suferinţă, poate agrava uneori starea generală a bolnavului, amplificînd gradul său de inadecvare faţă de solicitările profesionale. Intricarea efectelor stărilor psihopatologice de ecou, întîlnite în diferite afecţiuni somatice, cu defectele fiziologice cauzate de afecţiunea somatică de fond, atinge personalitatea în unitatea sa biopsihosocială şi duce uneori la modificarea cotei de incapacitate funcţională a bolnavului.

În aceste tablouri apar implicit dificultăţile legate de aprecierea funcţionalului restant al persoanei în raport cu solicitările de ordin profesional. Manifestările psihice de acompaniament întîlnite frecvent la această cazuistică sînt: stări anxioase, dispoziţie depresivă, labilitate emoţională accentuată, iritabilitate crescută, conduite impulsive sau reacţii de blocaj, inhibiţie psihomotorie etc.

În asemenea cazuri, contribuţia psihologului constă în posibilitatea de a evalua obiectiv gradul şi intensitatea tulburărilor şi a deficitului funcţional cauzat de acestea prin identificarea mecanismelor de producere şi dezvoltare a lor, în funcţie de particularităţile persoanei. Utilizarea probelor de performanţă alături de metodele şi tehnicile de explorare a personalităţii ajută la înţelegerea distanţei care poate să apară uneori între potenţialul iniţial al bolnavului şi eficienţa sa remanentă insuficient moti-

vată de suferinţa somatică. Prin aceste demersuri diagnostice, psihologul participă la cuantificarea deficitului funcţional şi la evaluarea gradului de invaliditate a bolnavului, permanent confruntat în unitatea sa funcţională somato-psihică cu aspectele specifice nivelului de solicitare din profesiunea pe care o exercită.

2.2. *Posibilităţi de evaluare a gradului de incapacitate în afecţiunile organice cerebrale.* Patologia reprezentată de tulburările psihice prin care se manifestă afecţiunile organice cerebrale, din seria deficienţelor mintale, a stărilor involuţionale, precum şi a psihozelor de involuţie, ridică puţine probleme diagnostice în formele mai grave, acestea fiind bine conturate sub aspect clinic. Ele prezintă totuşi particularităţi individuale de intensitate şi nuanţă, care pot fi decisive pentru evaluarea gradului de invaliditate, dar care se lasă mai greu descifrate prin examenul clinic obişnuit.

Tablourile involuţionale cu etiologie organică în stadiul avansat pot fi recunoscute cu uşurinţă la examenul clinic datorită scăderii marcate a memoriei de fixare, a sărăcirii gîndirii, a puerilismului în conduite şi a degradării progresive a personalităţii. În schimb, în stările preinvoluţionale, metodele psihologice sînt în măsură să depisteze chiar modificări discrete intervenite în funcţiile de cunoaştere, în special în memoria de fixare, capacitatea de învăţare, operativitatea mental logică, prin volumul şi modalitatea utilizării strategiilor etc., datorită posibilităţilor de modelare a experimentului diagnostic. În aceste situaţii, testul W.A.I.S. utilizat în psihologia clinică oferă posibilitatea diferenţierii gradului de deteriorare fiziologică de deteriorarea mintală patologică, importantă de decelat la persoane care exercită profesiuni cu responsabilitate deosebită.

Deficienţele mintale beneficiază de asemenea de lărgirea posibilităţilor de diagnostic prin determinarea intensităţii deficitului intelectual şi în anumite cazuri prin unele indicii pentru stabilirea etiologiei subdezvoltării, în cadrul examenului psihologic. Stabilirea coeficientului de inteligenţă, cu o atenţie deosebită asupra capacităţii de învăţare şi formare de noi stereotipuri a persoanelor handicapate psihic, contribuie la o mai fină diferenţiere a gradelor de deficit intelectual, permiţînd orientarea acestor persoane spre anumite sectoare de activitate, compatibile cu intensitatea deficitului intelectual.

Cazurile de intelect de limită şi debilitate mintală pot prezenta decompensări datorită decalajului intervenit între posibilităţile lor adaptative mai reduse şi tendinţa de creştere a exigenţelor în anumite sectoare de muncă, sub efectul progresului tehnic. În aceste cazuri este necesară o reevaluare periodică a capacităţii de muncă, prin metode psihologice, în raport cu noile cerinţe profesionale; această acţiune are totodată şi un caracter profilactic şi recuperator, pentru menţinerea unui număr cît mai mare de deficienţi în activitate.

2.3. *Posibilităţi de evaluare a gradului de invaliditate în psihozele dominant endogene, procesuale.* Schizofreniile alcătuiesc grupul de boli psihice cu cel mai sever şi important potenţial invalidant care ridică probleme dificile de stabilire a capacităţii de muncă, deoarece prin însăşi natura complexului simptomatologic realizează cele mai variate modele de desinserţie profesională a persoanei. Formele clinice, complexitatea fenomenologiei în funcţie de stadiul îmbolnăvirii, modelele de structurare premorbidă a personalităţii, sînt factori esenţiali în acţiunea de evaluare a gradului de invaliditate în raport cu solicitările de ordin profesional.

În ceea ce privește cota de participare a psihologului în evaluarea gradului de invaliditate a bolnavului schizofren, considerăm necesară îmbinarea evaluării capacității noetice, premorbide și actuale a bolnavului cu aprecierea capacității sale de „autointegrare" și integrare în ambianță, cu ajutorul instrumentarului de explorare a personalității.

Majoritatea psihopatologilor sînt rezervați în privința specificității metodelor de investigare a eficienței intelectuale în schizofrenie, iar stabilirea metodelor de investigare, capabile să evidențieze aceste tulburări, constituie obiect de studiu, atît pentru psihologii clinicieni, cît și pentru psihopatologi. Astfel, unii clinicieni consideră dezorganizarea conceptuală ca fenomen psihopatologic fundamental în schizofrenie (D. A. Pokorny, J. Thornby, H. B. Kaplan, D. Ball, 1976, p. 936) în timp ce alții propun investigarea capacității de a stabili similitudini între proverbe, pentru a defini inabilitatea schizofrenului de a păstra limitele conceptuale normale în judecățile de valoare (P. R. A. May, 1968, p. 209).

Practica examenului clinic confirmă utilitatea explorării diferitelor tipuri de inteligență cu ajutorul probelor de tip verbal și neverbal, completată cu informațiile obținute cu ajutorul tehnicilor de completare și prin desfășurarea liberă în cadrul unor tehnici proiective. Cu ajutorul lor se pot decela tulburări din seria disociativă, a stereotipiilor în limbaj și a diferitelor modalități deficitare în sfera operațiilor gîndirii și în același timp se poate evalua încărcătura semantică și metasemantică a limbajului schizofrenului, ca unul din cei mai sensibili indici diagnostici.

Ca o particularitate specifică a schizofrenului menționăm natura erorilor la *Matricele Progresive Raven*, prin apariția răspunsurilor bizare, ce scapă oricăror strategii sau legități ale logicii formale. În plus, alunecarea facilă în explicitări redondante — la solicitarea examinatorului de a motiva răspunsurile eronate — traduce fenomenul de degradare entropică a schizofrenului, în mod analog cu elementele disociative care apar la probele de inteligență verbală.

Completarea acestor informații cu diferite aspecte particulare decelabile la un examen al personalității contribuie la posibilitatea unei cunoașteri mai apropiate a bolnavului, cunoscut fiind faptul că, în evaluarea gradului de invaliditate, fiecare caz în parte necesită o formulă individualizată pentru o eventuală reorientare profesională concordantă cu potențialul funcțional restant, dar și cu motivația sa pentru „o anume profesiune". O situație specială o prezintă bolnavii schizofreni cu tablouri mai puțin „specifice" ca și cele complicate cu asocierea altor factori patogeni din seria alcoolismului, a traumatismelor craniocerebrale, a farmacodependenței etc., prin intricarea fenomenelor de deteriorare intelectuală cu diferite modele de dezorganizare psihotică. Varietatea modalităților evolutive ale schizofreniei obligă la reevaluări de etapă a capacității de muncă pentru o permanentă sincronizare între cerințele profesionale, condițiile de muncă și particularitățile psihopatologice ale bolnavului.

2.4. *Evaluarea gradului de incapacitate în bolile afective primare.* Psihozele afective, în special cele unipolar-depresive, formează cel mai vast grup de afecțiuni psihice cu un important potențial invalidant, determinat de incapacitatea persoanei de a presta o activitate organizată sub influența simptomatologiei depresive (sau maniacale) pe durata fazelor și a perioadelor interfazice ce caracterizează evoluția bolii. Gradul de intensitate a depresiei se apreciază cu ajutorul scalelor de evaluare și a tehnici-

lor proiective, completate cu studiul limbajului, pentru o mai obiectivă apreciere a deficitului din sfera proceselor de cunoaştere instalat sub efectul trăirii stării depresive a bolnavului. Observarea conduitei bolnavului în timpul examenului permite evaluarea capacităţii de efort psihic, intensitatea dezorganizării activităţii prin boală, precum şi calitatea mecanismelor compensatorii ale persoanei oferind un indice de prognostic în diferitele forme evolutive ale bolilor afective.

2.5. *Evaluarea incapacităţii profesionale în psihozele delirante cronice.* Forma halucinatorie a delirului sistematizat cronic, parafrenia, precum şi forma nehalucinatorie din stările paranoide şi paranoia, conferă bolnavului un grad de invaliditate variabil în funcţie de stadiul îmbolnăvirii, de bogăţia şi intensitatea simptomatologiei. Capacitatea de muncă a bolnavului este determinată de gravitatea deficitului psihic constituit sub efectul productivităţii halucinator-delirante şi de profunzimea dezorganizării personalităţii în cursul evoluţiei bolii. În aceste situaţii, examenul psihologic este solicitat mai ales în cazurile „problemă", fie pentru excluderea eventualităţii mascării unui proces involutiv asociat, la bolnavii în vîrstă, fie pentru o mai nuanţată posibilitate de apreciere a potenţialului funcţional restant în raport cu specificul profesional, în cazul unor bolnavi cu o capacitate de inserţie socială compatibilă cu o activitate organizată.

2.6. *Aspecte ale gradului de incapacitate în tulburările de personalitate.* Definirea psihopatiilor în termenii unor „profunde tulburări ale relaţionalităţii persoanei cu mediul, determinate multifactorial şi în urma cărora se constată o incapacitate permanentă sau episodică de integrare armonioasă a persoanei în ambianţa cotidiană" (A. Sîrbu, 1979, p. 439), sugerează însăşi esenţa problematicii invalidării în cadrul dezvoltărilor şi structurilor psihopatologice ale persoanei.

Gradul de invaliditate în psihopatii se află în raport direct cu prezenţa, persistenţa, constanţa şi intensitatea tulburărilor de comportament, care duc la dezadaptarea treptată a persoanei faţă de condiţiile obişnuite de viaţă. Polimorfismul simptomatologiei la care se adaugă manifestări de denegare şi dificultăţi de relaţionare fac dificilă abordarea acestor persoane în scopul determinării capacităţii de muncă prin metodele clinice uzuale. Metodele psihologice de explorare a personalităţii contribuie la îmbogăţirea informării clinicianului cu privire la mecanismele de producere a comportamentului dezadaptativ al pacientului, contribuind totodată la definirea formei clinice în funcţie de trăsăturile dominante cu caracter psihopatologic în ansamblul personalităţii.

Explorarea eficienţei activităţii persoanelor cu un comportament psihopatic poate să contribuie la stabilirea diagnosticului etiologic al stărilor psihopatoide cu fond lezional organic, prin particularităţile psihopatologice ce pot fi recunoscute, atît din modul de rezolvare a diferitelor probe de performanţă, cît şi din constelaţia scorurilor inegale, ca expresie a dissincroniei în dezvoltarea funcţiilor de cunoaştere. În sfîrşit, examenul psihologic îşi găseşte utilitatea în psihopatii prin posibilitatea individualizării variatelor forme şi modalităţi de structurare dizarmonică a personalităţii, complicată adeseori cu acţiunea altor factori patogeni, precum şi prin facilitarea diagnosticului diferenţial între psihopatiile adevărate, nucleare şi personalităţile anormale şi accentuate (în accepţiunea lui K. Leonhard), acestea din urmă prezentînd un potenţial invalidant redus.

2.7. *Evaluarea gradului de incapacitate profesională în nevroze.* Nevroza, ca suferință psihică reversibilă, fără substrat organic și fără modificări importante ale personalității, ridică prin varietatea formelor de manifestare și amploarea trăirilor subiective penibile ale bolnavului, adevărate probleme pentru expertul solicitat să stabilească gradul de invaliditate a bolnavului. În virtutea acestui fapt, acțiunea de evaluare „este interferată de probleme metodologice și practice printre care:

— fenomenologia clinică somatoformă din cele mai multe stări nevrotice și convingerea pacientului că ea constituie expresia unei afecțiuni somatice;

— poziția metodologică a evaluatorilor privind aspectele etiologice (exogen-reacționale sau plurifactoriale) ale stărilor nevrotice;

— dificultatea diferențierii stărilor nevrotice de decompensările psihopatice, sporită: de a) corespondențe terminologice (ex. nevroză isterică/psihopatie isterică, psihastenie/psihopatie psihastenică), ca și de b) reale interferențe clinice;

— incertitudinile referitoare la o psihopatizare a nevrozei fără elucidarea distincției dintre psihopatizare și cronicizare" (G. Meiu; G. Ionescu, 1974, p. 285).

În variatele lor forme clinice, dintre care cele mai frecvent întîlnite sînt tulburările somatoforme, disociative, fobice, anxioase și depresive, stările nevrotice reprezintă un potențial invalidant de grade diferite, în raport cu intensitatea, amploarea și gravitatea tulburărilor psihice împiedicînd persoana să-și îndeplinească sarcinile profesionale la nivelul capacităților psihofiziologice reale. Rezultatele scăzute în activitatea profesională cotidiană, stabilitatea simptomatologiei și durata suferinței psihice constituie de asemenea indici importanți în stabilirea capacității de muncă a bolnavului nevrotic.

Ca și în domeniul psihopatiilor, psihologul clinician este solicitat să-și dea avizul asupra potențialului funcțional al bolnavului la data examinării, să se pronunțe asupra obiectivității acuzelor legate de cele mai multe ori de diminuarea capacității de concentrare în muncă, de scăderea memoriei de fixare, de pierderea progresivă a energiei psihice și fizice, de scăderea interesului pentru activitatea profesională și viața socială, concomitent cu deplasarea preocupărilor asupra propriei suferințe. Interferențele dintre domeniul psihopatiilor și al nevrozelor oferă variate modele psihopatologice în care psihologul clinician este solicitat să exploreze modelul particular de structurare a personalității nevroticului pentru a surprinde eventualele implicații care ar putea explica persistența și amploarea suferinței sale.

2.8. *Posibilități de evaluare a incapacității profesionale în traumatismele craniocerebrale.* Unul din domeniile de elecție în care examenul psihologic s-a impus ca o necesitate practică pentru expertizarea capacității de muncă este acela al tulburărilor psihice posttraumatice, atît datorită varietății acestor tulburări, cît și creșterii incidenței lor.

Pe plan neuropsihologic, cazuistica oferită de traumatismele craniocerebrale îmbracă variate forme de tulburare psihică de la acele de aspect funcțional, nevrotic, instalate imediat după traumatism, pînă la deficitele tardive și grave de tip organic, constatate în sfera funcțiilor de cunoaștere. Aceste tulburări pot duce la grade diferite de invaliditate a persoanei în raport cu extinderea și gravitatea destructurărilor morfo-funcționale. Într-un studiu clinico-experimental al tulburărilor psihice la bolnavii posttrau-

matiei am oferit cîteva modele de „structurare" psihopatologică mai deosebită și posibilitatea stabilirii unor criterii obiective pentru evaluarea prognosticului imediat și de perspectivă al bolnavilor (S. Roșu, A. Sîrbu, E. Chirtoc, L. Berecz, V. Ghiran, 1970, p. 63).

În formele ușoare de tulburare a funcționalității psihice, deficitul funcțional poate fi întreținut de acuzele de tip nevrotiform, instalate după o perioadă de latență variabilă după data traumatismului. Fenomenele de astenie, adinamie, teamă, anxietate fixate pe ideea pierderii securității personale, însoțite de ample manifestări neurovegetative, explică diminuarea capacității de concentrare și distribuire a atenției în cursul activității profesionale, tulburările de memorie și scăderea capacităților psihoenergetice, acuzate de către bolnavii cu leziuni posttraumatice. În aceste cazuri, testarea funcțiilor de cunoaștere evidențiază adeseori o neconcordanță între autoevaluarea bolnavului și randamentul său real, scăderea ușoară, nesemnificativă a randamentului în muncă datorîndu-se unor factori de ordin subiectiv, apăruți în contextul modelului nevrotic de reactivitate psihopatologică a bolnavului. Asemenea tablouri intricate cu elemente revendicative pe model sinistrozic pot fi mai ușor elucidate prin adîncirea explorărilor psihologice pînă la evidențierea cotei de participare conștientă a subiectului la supradimensionarea acuzelor.

O altă modalitate de structurare psihopatologică în cadrul traumatismelor craniocerebrale, în care avizul psihologic poate contribui la determinarea gradului de invaliditate, constituie dezvoltarea psihopatică a personalității, apariția tulburărilor din seria caracterială și comportamentală aflîndu-se pe primul plan în evoluția de obicei mai tardivă a acestor tablouri psihopatologice. Ținînd seama de interrelaționarea dintre diferitele niveluri de integrare a personalității, posibilitatea evaluării cotei de dezorganizare în raport cu formula de organizare sistemică anterioară agresiunii, poate oferi un important indice de diagnostic și prognostic, necesar în evaluarea gradului de invalidare prin boală.

Confruntarea performanțelor la diferitele probe pentru investigarea memoriei cu restul performanțelor obținute la examenul eficienței intelectuale permite stabilirea nivelului de eficiență remanentă a bolnavului în funcție de extinderea și gravitatea leziunilor organice, de la deficite ușoare cu un indice de recuperabilitate favorabil și pînă la tablouri demențiale cu deficite grave, greu recuperabile.

3. Măsuri și posibilități de recuperare a bolnavilor cu remisiune incompletă sau cu defect psihic

Noțiunea de recuperare, frecvent întîlnită în literatura de specialitate și sub denumirea de reabilitare și readaptare, se referă la utilizarea combinată a tuturor măsurilor medicale, sociale, educative și profesionale, pentru instruirea și reinstruirea persoanelor cu diferite deficite, în vederea obținerii unei capacități funcționale maxime.

Acțiunea de recuperare sau reabilitare a bolnavului depășește granițele medicinei și urmărește asigurarea unei „restituții *ad optimum*" a persoanei privită în integralitatea dimensiunilor sale biopsihosociale. În acest context, menționăm faptul că noțiunea de recuperare sau de reabilitare pare insuficient de cuprinzătoare și considerăm justificată „tendința de a acorda acestei noțiuni o cît mai largă accepțiune folosind termenul

reabilitare comprehensivă care, la rîndul său, include noţiunile (înţelese ca veritabile instanţe) de resocializare, relegitimare şi reîncadrare" (G. Ionescu, 1974, p. 54).

Un prim aspect medico-biologic al recuperării, care se referă la prezentul bolnavului, cuprinde măsurile de compensare a consecinţelor bolii prin exploatarea funcţiilor restante din structura somato-psihică a acestuia. Al doilea aspect al recuperării urmăreşte restabilirea sentimentelor demnităţii personale şi redresarea capacităţilor adaptative la nivelul exigenţelor profesionale, fiind legat de trecutul bolnavului, în timp ce al treilea aspect este orientat spre viitor, cînd se instituie o serie întreagă de măsuri cu caracter profilactic de ordin secundar şi terţiar. Întreaga existenţă a persoanei se inserează astfel în contextul acţiunilor de reeducare, măsurile actuale pentru asigurarea unui viitor optim fiind permanent adaptate la trecutul bolnavului. În felul acesta, reeducarea este considerată ca unul din termenii trilogiei, alături de terapie şi profilaxie, în cadrul larg al resocializării bolnavului. Între cele trei categorii de acţiuni privind terapia, reeducarea şi profilaxia există o permanentă relaţie de reciprocitate. Într-adevăr, reeducarea poate să joace în acelaşi timp un rol profilactic în recuperarea unui bolnav, spre exemplu în prevenirea unui nou infarct miocardic, sau poate avea implicaţii terapeutice, cum este cazul în depresii sau stările reactive nevrotice. De aici rezultă că reeducarea nu constă numai în măsuri fizico-tehnice, ci ea îmbracă o accepţiune interdisciplinară, multidimensională, extinzîndu-şi sfera de acţiune în familie, în profesionalizarea persoanei şi în societate.

Ordinea instituirii diferitelor măsuri cu caracter recuperator, ca şi ponderea pe care o dobîndesc etapele medico-biologice, psihosociale sau cele cu implicaţii de ordin profilactic, este sugerată de natura afecţiunii, de stadiul îmbolnăvirii, de intensitatea deficitului remanent şi de particularităţile personalităţii bolnavului. În etapa medico-biologică a recuperării ponderea o deţin măsurile terapeutice care se adresează refacerii suferinţei viscero-humorale şi psihice, care au contribuit la perturbarea capacităţilor educative ale persoanei.

Întrucît aceste perturbări se produc nu numai prin efectele suferinţei somato-psihice, ci şi consecutiv dificultăţilor generate de neîncrederea persoanei în forţele proprii şi de felul cum aceasta se reflectă în optica anturajului, aplicarea măsurilor recuperatorii medico-biologice se împletesc continuu şi în mod armonios cu măsurile şi metodele cu caracter psihosocial care urmăresc redresarea bolnavului. Dacă în etapa medicală a acţiunii de recuperare, obiectivul principal îl deţine terapia intensivă, însoţită şi completată de metodele şi tehnicile psiho şi socioterapice, în etapa psihosocială, accentul cade pe exersarea aptitudinilor generale şi profesionale ale bolnavului, la nivelul solicitărilor din profesiunea deţinută anterior îmbolnăvirii. Desfăşurarea progresivă a unor activităţi facilitează atît resocializarea bolnavului, cît şi revalorificarea dispoziţiilor aptitudinale şi a posibilităţilor psihice latente, atenuate sau chiar anihilate uneori sub efectul factorului patologic.

Sistemul de asistenţă psihiatrică modernă prevede o nouă formă de asistenţă extraspitalicească, care şi-a dovedit eficienţa : serviciile (laboratoarele) de sănătate mintală, menite să asigure în echipă interdisciplinară (alcătuită din medic, psiholog, sociolog, economist) acţiunile de apărare şi promovare a sănătăţii mintale a populaţiei, ca şi măsurile de recuperare socioprofesională şi instructiv-educativă a bolnavului psihic. Rezul-

tatele acestor acţiuni de resocializare a bolnavului se concretizează în ieşirea sa din statutul de izolare, redobîndirea sentimentului de utilitate, creşterea gradului de autonomie personală, ameliorarea tonusului afectiv, *trezirea interesului pentru îngrijire şi autocontrol şi, în fine, în dezvoltarea* unor deprinderi cu caracter recuperator, de readaptare la vechile activităţi.

Bibliografie

Ionescu, G., *Raportul psihopatie — nevroză sub unghiul evaluării capacităţii de muncă*, „Neurologia, Psihiatria, Neurochirurgia", 1972, 17, 6, p. 503—522.

Ionescu, G., *On the meaning of the concepts : disablement, invalidity, appraisal, rehabilitation and readaptation*, în : „International symposium on rehabilitation of the mentally ill", Leningrad, 1974, p. 51—55.

May, P. R. A., *Treatment of Schizophrenia*, New York, Science House, 1968.

Meiu, G., Ionescu, G., *On rehabilitation and work resumption in neurotic patients ; a 10-year clinical catamnestic study*, în : „International symposium on rehabilitation of the mentally ill", Leningrad, 1974, p. 285—288.

Pavelcu, V., *Drama psihologiei*, Bucureşti, Edit. did. şi ped., 1972.

Pokorny, A. D., Thornby, J., Kaplan, H. B., Ball, D., *Prediction of Chronicity in Psychiatric Patients*, „Arch. Gen. Psychiat.", 1976, 33, p. 936.

Roşu, S., Sîrbu, Aurelia, Chirtoc, Elisabeta, Berecz, Lili, Ghiran, V., *Consideraţii asupra dinamicii tulburărilor de memorie în traumatismele cranio-cerebrale*, „Neurologia, Psihiatria, Neurochirurgia", 1970, 1, 63.

Sîrbu, Aurelia et al., *Psihiatrie clinică*, Cluj-Napoca, Edit. Dacia, 1979.

Zörgö, B., *Metoda obiectivă în psihologie*, în : *Dialectica metodelor de cercetare ştiinţifică*, Bucureşti, Edit. ştiinţifică, 1968, vol. II, p. 263—265.

Capitolul VIII

TIMP ŞI BOALĂ. PROBLEMATICA TIMPULUI DIN PERSPECTIVĂ PSIHOMEDICALĂ

Relaţia dintre timp şi boală, iar pe un plan mai general dintre timp şi suferinţă este intimă şi inerentă faţă de alte relaţii şi implicaţii ale insului în existenţă. Aceasta nu numai pentru faptul că boala oferă răgazul contemplării duratelor, ci şi pentru că ea aduce interogaţii asupra caracterului finit al existenţei insului. În plus, boala, suferinţa, ca şi corolarul lor, depresia, redimensionează timpul, supraevaluînd duratele. La aceasta contribuie în mare măsură faptul că, spre deosebire de starea de sănătate în care insul este în activitate, mai mult sau mai puţin angajat, în boală el este de cele mai multe ori inactiv şi în mare măsură detaşat. Dar pentru cel care se află angajat şi implicat în acţiuni şi evenimente, timpul este mai ales parcurs, traversat, în timp ce pentru bolnav care este fortuit distanţat şi formal nonimplicat, timpul este mai ales trăit şi contemplat. Considerăm că acesta este un motiv important menit să stimuleze interesul studierii timpului şi trăirii lui pe durata bolilor.

1. Unitatea dialectică a timpului şi spaţiului: argumente din psihopatologie

Aceste două categorii filozofice au polarizat preocupările gînditorilor încă din antichitate; dacă însă studiul spaţiului, abordat în special de matematicieni şi fizicieni, a edificat o fermă şi distinctă ştiinţă, *geometria*, studiul timpului, întreprins în special de filozofi, nu a putut realiza, cum s-ar fi sperat, o ştiinţă propriu-zisă care prin sinonimie ar putea fi denumită *cronometrie*.

Oponente şi formal divergente din perspectiva contemplării imediate, cele două categorii filozofice se instituie într-o unitate dialectică exprimată printr-un *continuum spaţio-temporal*. Studiile de biologie vin să sprijine această idee argumentînd că timpul este reintegrat nu numai fiinţei ci şi biologiei noastre, ca şi realităţilor naturii de unde a fost „extras" de Im. Kant care considera că timpul este nu numai anterior experienţei ci şi independent de aceasta. Pe lîngă concepţia sa idealistă, Kant prezintă timpul într-o „interpretare substanţialistă" (Gh. Bîrsan, 1973, p. 31) considerîndu-l drept „cadru" şi „mediu" al existenţei, în care se desfăşoară fenomenele realităţii.

Unele date din psihopatologie ar putea fi folosite de filozofie spre a ilustra *unitatea spaţio-temporală*. Astfel, în toate formele de tulburare a conştienţei, *dezorientarea în timp şi în spaţiu* este concomitentă, fiind *temporo-spaţială*, deşi se poate prezenta ca inegală şi în grade diferite de gravitate. În plus, implicarea insului în timp şi spaţiu îşi găseşte în aceste situaţii o expresie elocventă fiind ilustrată prin *dezorientarea allo- şi autopsihică*, respectiv dezorientarea în timp, în spaţiu şi la propria-i persoană (cu privire la propria sa identitate).

Tulburările referitoare la spațiu nu vizează numai orientarea în spațiu, ci și perceperea, ca și „trăirea" spațiului. Astfel, în anumite stări psihopatologice, determinate de boli sau de ingestia unor substanțe, obiectele ca și raporturile dintre acestea pot fi percepute în mod deformat, fenomen ce poartă numele generic de *metamorfopsie* (gr. *meta*, după; *morphe*, formă; *opsis*, vedere). Astfel, persoana poate percepe obiectele ca fiind mai mari decît în realitate fenomen cunoscut sub denumirea de *macropsie* (gr. *makros*, mare) sau dimpotrivă, mai mici decît dimensiunile lor reale, purtînd denumirea de *micropsie* (gr. *mikros*, mic); de asemenea, ele pot apare ca alungite, lărgite, răsucite, asimetrizate, aspect denumit *dismegalopsie* (lat. *dis*, tulburare, *megas*, mare), mai pregnant colorate, sau mai puternic luminate, înfrumusețate. Alteori, apar modificate raporturile dintre obiecte care sînt percepute mai apropiate sau mai îndepărtate; astfel, strada poate să apară alungită, casele înclinate sau mult mai înalte etc.

Uneori, spațiul este trăit cu o anumită anxietate, însă, de cele mai multe ori, în comparație cu timpul, el conferă liniște, certitudine și stabilitate. În anumite stări psihopatologice există însă o teamă relativ bine focalizată referitoare la anumite aspecte ale spațiului ilustrată prin *agorafobie* (gr. *agora*, piață, *phobos*, frică) sau (teama de spații deschise) ori dimpotrivă, prin *claustrofobie* (lat. *claustrum*, închis) sau teama de spații închise). Unitatea dialectică spațio-temporală este ilustrată în aceste situații prin faptul că distorsiunile privind perceperea spațiului sînt însoțite de modificări în trăirea timpului sub forma supraevaluării duratelor prin intervenția afectelor. În acest sens este cunoscut faptul că stările afective negative (depresia, anxietatea, fobia) supradimensionează subiectiv duratele, în timp ce stările afective pozitive le diminuează și le subestimează.

În afara acestor stări afective relativ conturate referitoare la spațiu, acesta poate fi perceput și trăit ca avînd un anumit colorit afectiv; independent de aspectele sale fizice el poate să apară ca familiar sau nonfamiliar, agreabil sau ostil, fiind spațiul „cu atmosferă" sau cu „coloratură emoțională" *(Gestimmter Raum)*.

Unitatea duală spațio-temporală este trăită și apreciată diferit la diferite vîrste; în copilărie spațiile percepute par imense, iar duratele nesfîrșite, ceea ce determină la copil nevoia de scurtare exprimată psihologic prin tendința de schimbare și tradusă în plan clinic prin instabilitate și nerăbdare. Pe măsura avansării în vîrstă, spațiile ca și duratele se restrîng subiectiv, sînt subevaluate, iar în stări de involuție avansată sînt excesiv de limitate, minimalizate.

2. Unitatea dialectică biocronometrică

Studiile actuale de cronometrie prezintă timpul ca fiind încorporat nu numai psihicului nostru, ci însăși biologiei noastre, la nivelul căreia el este evidențiat prin procesele fiziologice desfășurate pe anumite durate, la anumite intervale, într-un anumit ritm. Acest „timp biologic" sau „timp neurofiziologic" poate fi apreciat ca o expresie a prezenței și *manifestării structurii temporale la toate nivelurile biologice de organizare*. În felul acesta interpretarea materialist-dialectică asupra timpului este amplu argumentată prin cercetările moderne de cronometrie întreprinse pe un front larg

ce cuprinde domeniile biologiei, psihologiei și sociologiei. Aceste cercetări au conturat noțiunile de „timp biologic", „timp psihologic" și „timp uman" care ar cuprinde accepțiunea biologică, psihologică și sociologică a timpului.

În domeniul *timpului biologic*, denumit și *timp neurofiziologic*, studiile actuale vizează cel puțin două aspecte, schițîndu-i-se astfel două accepțiuni care cuprind domenii diferite ale existenței, și anume :

— *ritmicitatea* desfășurării anumitor funcții și procese biologice, interpretată ca o „capacitate specifică, biologică, de a măsura timpul" (Al. Lungu, 1972, p. 97);

— *durata* sau vîrsta biologică a diverselor organisme, care este diferită de vîrsta cronologică. Astfel, uneori procesele involuției organice și psihice se instalează mai devreme decît în mod obișnuit, după cum alteori apar mai tîrziu și se manifestă discret. Vîrsta biologică ar reflecta deci gradul de neconcordanță a posibilităților fizice și psihice ale unui anumit ins în comparație cu unul considerat ca etalon pentru vîrsta dată. Vîrsta biologică arată deci ceea ce sîntem în comparație cu ceea ce ar fi trebuit să fim la vîrsta respectivă (cronologică).

Timpul biologic reprezintă o încorporare (organică) a timpului fizic, bioritmurile marcînd nu numai prezența ci și duratele manifestărilor sale. Dacă această *cronometrie biologică* poate fi observată pînă la organismele inferioare, subliniem faptul că exactitatea și *complexitatea manifestărilor biocronometrelor sporește pe măsura evoluției filogenetice*. Organizarea ritmică a diverselor funcții și procese creează ființelor vii și în special omului ceea ce putem denumi *contextul temporal-organic*. Acesta este *prezent la diverse niveluri de organizare a materiei vii*, manifestîndu-se nu numai în plan somatic ci și neuropsihologic, *prelucrînd informațiile temporale și organizînd pe baza lor conduite de așteptare și răspunsuri ordonate nu numai în funcție de timp ci și de oportunitate* (G. Ionescu, 1982, p. 56).

Ritmurile biologice cunosc cele mai variabile durate și manifestări în funcție de specie, dar și de individ. Astfel, ele pot cuprinde secunde (sistola-diastola, inspirația-expirația), ore (ciclurile metabolice), zi și noapte (ritmurile veghe-somn), săptămîni (ciclul de maturație al ovulului) sau decenii (maturizarea sexuală și climaxul) etc. Se constată astfel că ritmicitatea prezintă atît de ample și multiple implicații asupra biopsihologiei umane încît se poate considera că „tot ce se întîmplă în viața noastră vegetativă ori sufletească se desfășoară după legea ritmului" (M. Ralea, 1958, p. 44). Majoritatea bioritmurilor se desfășoară însă pe intervalul celor 24 de ore care alcătuiesc ciclul zi-noapte (realizînd așa-numitele *ritmuri circadiene* (lat. *circa*, aproximativ, *dies*, zi), datorită faptului că „omul este un organism strîns conectat la sistemul cronologic planetar bazat pe unitatea de 24 de ore" (Al. Lungu, 1972, p. 101).

Ca dovadă a fixării acestor ritmuri în biologia insului este faptul că ele rezistă, se mențin și în situațiile de înlăturare experimentală a variațiilor de luminozitate și temperatură, adică în condiții de „izolare" cronologică sau de înlăturare a sincronizatorilor. Organizîndu-și bioritmurile în funcție de ritmurile naturii, *organismele și-au creat treptat*, în funcție de gradul evoluției lor filogenetice, propriile *mecanisme cronometrice*, care, în virtutea adaptării, pot funcționa relativ independent de reperele cronologice externe.

Într-o analiză sub unghi dialectic a biocronometriei se poate argumenta că „*ritmurile biologice, neurofiziologice și psihofiziologice* au asimilat treptat și s-au modelat *după ritmurile și ciclurile naturii* (succesiunea zi-noapte, mareele, anotimpurile etc.), confirmîndu-se și sub acest unghi unitatea materială a lumii. În felul acesta, materia vie, de la cele mai simple forme de organizare pînă la nivelul conștiinței, a căpătat posibilitatea estimării în mod propriu, specific și cu tot mai înaltă precizie, a duratelor parcurse.

3. Dezvoltarea noțiunii de timp și conștiința timpului

Odată cu nașterea sa, ființa vie execută mișcări haotice, dezordonate care deși au o durată, se desfășoară, evident, în spațiu. Ulterior, prin aceste mișcări se realizează deplasarea, se parcurg distanțe, schițîndu-se astfel germenii cuceririi spațiului. Determinată de imperative biologice, această deplasare, inițial intempestivă și neorganizată, devine treptat coordonată, „conduita spațială" (E. Minkowski, 1966, p. 158), precedînd astfel conduita temporală. Ulterior, această deplasare se face într-un anumit ritm, cu o anumită rigoare, în timp ce dezvoltarea aparatului auditiv favorizează apariția fenomenului de așteptare.

3.1. *Geneza conștiinței timpului*, secundară apariției conștiinței spațiului, se realizează în mod treptat, cu dificultăți și erori, într-un ritm relativ lent. Astfel, într-o apreciere istorico-longitudinală a fenomenului, constatăm că *nou-născutul* este repede angajat într-un sistem de educație privind duratele și de însușire a timpului. Se apreciază că, în apariția noțiunii și ideii de timp, primul element îl constituie durata considerată ca „prima conduită temporală". Ea este delimitată de două momente: de *început* și de *terminare*, care în acest context apar ca esențiale. În funcție de nevoile sale, predominant instinctivo-afective, nou-născutul demarează acțiuni pe care le poate continua sau, în funcție de situație, le va suprima. Orice act de demarare, aduce însă, în mod univoc, o schimbare; aceasta, la rîndul ei, dezvoltă fenomenul de *stabilitate* care conferă conținut altor durate. Succesiunea somn-veghe, apariția senzației de foame, hrănirea, exonerația etc. decurg într-o anumită succesiune care determină armonizări ale funcțiilor biologice și realizarea unui bioritm; sub aspect funcțional se dezvoltă treptat ideea de ordine și de măsură.

După primul an de viață, în *antepreșcolaritate*, apariția limbajului conferă mijloace noi, superioare de apreciere a timpului prin conceptualizarea diferitelor noțiuni asupra duratei. Cuvinte ca „da" sau „nu" semnifică aprobarea, acordul îndeplinirii unei dorințe și respectiv respingerea sau amînarea acesteia, aspecte care pot fi considerate ca tentative operaționale asupra viitorului, reprezentat la această vîrstă mai ales prin noțiunea de *mîine*. În felul acesta se realizează detașarea de concret, de prezentul obiectiv-perceptibil și adoptarea unor noțiuni cu un mare grad de subiectivitate și de posibilitate.

Apariția interdicțiilor, a reținerilor, a abținerii de la îndeplinirea imediată a unor acte sau de la satisfacerea unor dorințe contribuie la formarea „conduitei amînării", care „este o condiție primordială a oricărei

activităţi psihice umane" (M. Ralea, 1957, p. 162). Considerăm că formarea acestei „conduite" constituie cel mai bun exerciţiu de „percepere" şi apreciere a duratei.

În afară de amînare, un factor care consolidează conştiinţa timpului este acela de *aşteptare*. Impusă iniţial de factori ai ambianţei şi acreditată îndeplinirii neîntîrziate a dorinţelor, aşteptarea devine treptat un mijloc de ierarhizare a posibilităţilor, de apreciere a oportunităţilor, de evaluare a expectaţiilor. Aşteptarea consolidează nu numai conştiinţa timpului ci şi instanţele acestuia şi în primul rînd dimensiunea viitorului.

Totodată subliniem faptul că sub unghi ontogenetic, viitorul — ca noţiune şi domeniu operaţional — apare mai devreme decît noţiunea de trecut. Copilul se dezvoltă şi poate fi caracterizat printr-o atitudine *prospectiv-investigativă*, spre deosebire de bătrîn care este marcat de atitudinea *retrospectiv-contemplativă*.

Spre sfîrşitul perioadei antepreşcolare, dar mai ales în *perioada preşcolară*, poveştile şi relatările trasează distanţe în timpul parcurs şi dimensionează aspecte ale trecutului; naraţiunea orientează cu predilecţie copilul asupra dimensiunii retrospective. În timpul preşcolarităţii se poate afirma că au fost conştientizate cele trei dimensiuni temporale, copilul avînd imaginea limpede a lui „ieri", „astăzi" şi „mîine"; el îşi formează noţiunea succesiunii acestor instanţe, dar mai ales raportarea lor adecvată, cu convingerea şi luciditatea faptului că „astăzi este mîinele de ieri".

Experienţa ludică, dar mai ales iniţierea instructiv-educativă contribuie la realizarea raporturilor temporale între duratele diverselor acţiuni. *Şcolaritatea*, prin instanţele şi duratele egale, dimensionate cronometric, ale orelor de studiu şi pauzelor, dezvoltă controlul şi posibilitatea estimării fizice a timpului. Cu toate acestea, numeroşi cercetători consideră că în perioada şcolarităţii, deşi sînt obişnuite mijloacele operaţionale asupra timpului, acesta nu este încă perceput ca o abstracţie; raportarea realistă a acţiunilor la durată, controlul timpului, acţiunea deplin conştientă în timp, ca şi stăpînirea lui se realizează relativ tîrziu, în adolescenţă.

Toate aceste elemente se înscriu în ceea ce putem denumi *pedagogia timpului*, în care învăţarea duratelor trebuie împletită cu educarea lor. Ea începe odată cu primele condiţionări şi se consolidează prin abţineri, renunţări, amînări şi mai ales aşteptări. În această privinţă educaţia instanţelor şi elementelor temporale se întîlneşte cu aceea a componentelor voliţionale. Prin acest efort de educare, perioadele de amînare şi aşteptare nu vor fi trăite cu deznădejde sau inactivă resemnare, ci printr-o constructivă anticipare a perioadelor viitoare. Prin această *pedagogie a duratelor* se va crea convingerea că Eul, deşi purtător al *principiului realităţii*, nu trebuie să decadă în postura de exponent al dorinţei, ci să fie orientat asupra perspectivei prin ale cărei realizări va putea depăşi durata limitată a fiinţei.

3.2. *Perceperea şi trăirea timpului în funcţie de vîrstă.* Entitate obiectivă şi independentă de existenţa noastră, timpul este perceput în mod diferit de la un ins la altul dar mai ales de la o persoană la alta.

Preocupările moderne asupra acestei probleme au fost anticipate de L. Feuerbach care, în *Aforisme juridico-filozofice*, menţiona diferenţele în perceperea timpului la tinereţe faţă de maturitate. Filozoful german considera că programul riguros de activitate în care este inserat tînărul îi determină impresia perceperii mai lente a timpului; de asemenea, aştep-

tările sale multiple (a repausului, sărbătorilor, vacanțelor și îndeplinirii dorințelor) imprimă caracterul lent al perceperii duratei. Dimpotrivă, la maturitate, conștiința neîmplinirilor, dorința realizării pe multiple planuri, necesitatea îndeplinirii variatelor acțiuni întreprinse conferă caracterul accelerat al perceperii duratelor.

Putem afirma astfel că perceperea timpului se desfășoară în mod invers proporțional cu vîrsta persoanei: *la o vîrstă mai mică predomină impresia derulării mai lente a timpului, după cum, cu cît se avansează în vîrstă, cu atît perioadele temporale, etapele timpului fizic par mai scurte, trăite psihologic mai rapid.* În acest sens, pentru tînăr dimensiunile temporale par hipertrofiate, în timp ce pentru omul vîrstnic acestea par comprimate, fiecare oră, sau lună, desfășurîndu-se mai rapid decît precedentele.

Unii autori explică diferențele în perceperea subiectivă a timpului prin faptul că acesta este raportat de subiect la propria-i vîrstă; în consecință, cu cît vîrsta este mai mică, cu atît o anumită durată — moneda de schimb a timpului fizic — pare mai mare; invers, cu cît vîrsta este mai mare, cu atît aceeași durată este apreciată ca mai redusă. Se poate considera astfel că pentru un tînăr de 15 ani o anumită durată de timp este apreciată ca fiind de trei ori mai mare decît o persoană de 45 de ani; în același sens, o oră pentru un copil de cinci ani, va fi percepută ca avînd o durată de trei ori mai mare decît pentru tînărul de 15 ani.

Perceperea diferită a timpului la diferite instanțe cronologice ale persoanei nu poate fi atribuită numai vîrstei, ci și altor factori, ca de exemplu dispoziția și starea afectivă în ansamblu. În acest sens, una din primele cercetări experimentale referitoare la timp, întreprinsă de M. Gschwind prin chestionare aplicate vîrstnicilor, a ilustrat că experiența subiectivă a timpului la aceștia era influențată în mare măsură de starea afectivă și situația persoanei din momentul respectiv. Astfel, dacă starea afectivă era pozitivă și ambianța apreciată ca favorabilă, perceperea duratei era mai rapidă; invers, în situații afectiv-negative, de tristețe și aprecieri nefavorabile ale realității, perceperea duratei era mai lentă.

De asemenea, prin studii clinice am constatat că *timpul bătrînului este mai evident și mai net* apreciat, trăit în durate și perioade cronometrice mai bine delimitate. Spre deosebire de vîrstnic, tînărul percepe timpul într-o mai amplă continuitate, fără marcajul rigid al duratelor fizice; el este mai degajat de convertirea timpului în momente și durate determinate cronometric, situație care se manifestă cu atîta evidență la omul vîrstnic.

În explicarea perceperii diferite a duratelor la vîrste diferite, invocăm următoarele ipoteze:

— într-o mai mare măsură decît vîrstnicul, *tînărul este mai inserat în viitor* prin scopurile, planurile și idealurile sale, orientarea prospectivă redimensionîndu-i sentimentul așteptării; dimpotrivă, *vîrstnicul, orientat retrospectiv*, retrăiește și redimensionează trecutul, comprimînd în felul acesta prezentul, pe care-l percepe desfășurîndu-se mai rapid;

— *tînărul*, mai frapat de realitate, mai receptiv la noutate, *trăiește mai intens prezentul* în care este mai amplu și mai autentic angajat, *fapt ce conferă perceperea mai lentă a duratei* care pentru el este încărcată de semnificații și populată de evenimente; *vîrstnicul*, refugiat în trecut — care-i oferă satisfacții și pe care frecvent îl retrăiește în plan imaginativ —, *este mai detașat de prezent*, care pentru el este mai palid în semnificații și mai sărac în evenimente, *fapt ce-i conferă impresia de reducere a duratelor*

și de accelerare a desfășurării lor. Cu alte cuvinte, *angajarea în realitate și sentimentul de prezență determină impresia creșterii duratei*; dimpotrivă *slăbirea angajării în realitate, refugierea în trecut, determină impresia scurtării duratei și accelerarea scurgerii ei*;

— orientarea prospectivă a tînărului, investițiile sale afective (prin elanurile, aspirațiile și ambițiile sale) oferă impresia unui viitor nedeterminat, el angajîndu-se, în majoritatea întreprinderilor sale, ca și cum ar avea de trăit o perioadă de timp nelimitată, indefinită; orientarea retrospectivă a vîrstnicului (ca reflex al conștientizării declinului său fizic și spiritual) reprezintă o negare a viitorului (din care și-a retras investițiile afective) datorită caracterului său limitat, finit. În consecință, *perspectiva existenței îndelungate oferă impresia de creștere a duratei date*; dimpotrivă, *conștiința apropierii finalului*, punctului terminus al existenței, *oferă impresia scurtării duratelor și accelerării scurgerii timpului*;

— perceperea mai rapidă a timpului de către vîrstnici este determinată și de *accelerările* (reale) ale *ritmurilor vieții sociale*, la care ei — formați în cadrul lentelor transformări ale trecutului — nu sînt suficient de bine adaptați;

— deși greu de verificat experimental, se poate invoca o *bază biologică* privind diferențele asupra perceperii timpului în copilărie și la vîrstele avansate. Astfel, cunoscînd faptul că procesele metabolice și oxidative sînt mai accelerate în primele decade de viață și mai lente în ultima parte a acesteia, presupunem că încetinirea desfășurării arderilor duce la impresia accelerării ritmurilor și duratelor la bătrîni.

Toate aceste supoziții se impun totodată ca probleme psihologice ale vîrstnicilor sau, cu un alt termen, ale persoanelor de vîrsta a treia. Desigur, nu se pune problema modificării perceperii subiective a timpului la aceste persoane, dar este necesară o *reacomodare a ritmurilor vieții* în conformitate cu obișnuințele lor biologice structurate de-a lungul existenței. Totodată trebuie subliniat că dacă percepția timpului de către om este legată în mare măsură de bioritmurile sale, reacțiile persoanei față de trăirea timpului sînt determinate în mod evident de condițiile socioculturale; în virtutea acestui fapt, în cadrul diferitelor forme de învățare și cunoaștere, *trebuie* introdusă și *învățată cunoașterea duratei, a raportării și relaționării adecvate și oportune în timp*, chezășie a unei existențe autentic inserate în realitate.

4. Biocronometrie și heterocronie

În afara unei biocronometrii allospecifice, există o biocronometrie idiospecifică ilustrată prin ritmuri și cadențe particulare de desfășurare a proceselor psihofiziologice. Cu toate că decurg în virtutea unor principii generale, acestea diferă ca durată și desfășurare la nivelul aceluiași ins în funcție de vîrstă. Astfel, desfășurarea proceselor metabolice, oxigenarea țesuturilor, cicatrizarea rănilor etc. se realizează într-un ritm mai rapid la organismele tinere în comparație cu cele vîrstnice. În virtutea acestui fapt s-au putut stabili corelații destul de precise între vîrstă și viteza cicatrizării. Prin calcularea așa-numitului „index al cicatrizării" (care este în funcție de întinderea plăgii și vîrsta organismului) se poate estima cu relativă precizie viteza vindecării rănilor cutanate, refacerea post-opera-

torie a țesuturilor etc. Se consideră astfel că potențialul regenerativ ar fi dublu la o persoană de 20 ani față de una în vîrstă de 40 de ani, după cum vindecarea unei răni s-ar realiza într-un interval de 5—6 ori mai scurt la un copil de 10 ani față de o persoană de 60 de ani.

Aceste constatări pot fi corelate cu un fapt de observație empirică ce vizează *heterocronia*, respectiv viteza diferită observată în procesul maturizării și îmbătrînirii oamenilor de vîrstă egală; faptul că oameni de aceeași vîrstă par mai tineri sau mai bătrîni ilustrează o diferență, variabilă de la un ins la altul, între *vîrsta cronologică* și așa-numita *vîrstă biologică*. Cu alte cuvinte, în aceeași unitate de timp, unii oameni se maturizează și înregistrează semne de involuție mai accentuată decît alții, chiar dacă ei aparțin aceluiași grup rasial, sociocultural sau economic. Uneori, diferența între vîrsta cronologică și vîrsta biologică este extremă, îmbrăcînd aspecte patologice, ca de exemplu în *progerie*, afecțiune rară care constă într-o involuție biopsihologică rapidă, astfel încît, la vîrsta de aproximativ 10 ani persoana în cauză prezintă aspectul fizic și intelectual al unui bătrîn de 70—80 de ani.

În mod obișnuit însă, diferența între vîrsta cronologică și vîrsta biologică poate fi de ani sau chiar decenii. Astfel, sub unghiul înfățișării fizice, oamenii se află la distanțe variabile înaintea sau în urma unui etalon fizic admis în mod convențional pentru vîrsta dată; cu alte cuvinte, sub aspect biologic, ne aflăm pe un versant sau altul al cupolei gaussiene față de modelul standard al vîrstei cronologice. Aceste diferențe sînt mai evidente la vîrstele avansate, cînd se vorbește de *îmbătrînire timpurie* sau, dimpotrivă, de *îmbătrînire tardivă*. Gradul de dispersie biologică (diferențele într-o parte sau alta în aspectul biologic) față de vîrsta cronologică este în funcție de variabile multiple, printre care : ereditatea, invaliditatea fizică, bolile somatice, situațiile psihostressante etc.

În afara diferențelor fizice între vîrsta cronologică și vîrsta biologică se pot constata nonconcordanțe — în grade variabile — între *vîrsta cronologică* și *vîrsta psihologică*, în sensul că unele persoane înregistrează o maturizare psihică precoce (în raport cu vîrsta cronologică), în timp ce altele prezintă o maturizare psihică tardivă sau pot rămîne cu o insuficientă dezvoltare psihică. Ne-am obișnuit să remarcăm acest decalaj în copilărie, dar el poate fi constatat și pe versantul descendent al existenței, în sensul că involuția funcțiilor și proceselor psihice se poate instala mai devreme sau, dimpotrivă, mai tîrziu față de un etalon caracteristic vîrstei cronologice date.

De asemenea, se pot înregistra diferențe variabile între *vîrsta biologică* și *vîrsta psihologică*, în sensul că maturizarea, dar mai ales involuția biologică se poate instala mai devreme sau mai tîrziu în comparație cu vîrsta psihologică; totuși, în această privință decalajul între vîrsta biologică și vîrsta psihologică are implicații evidente asupra ritmului involuției psihologice.

4.1. Studii relativ recente de psihologie genetică efectuate asupra deficienților mintal au ilustrat o *heterocronie a dezvoltării* în cadrul *proceselor cognitive*, respectiv o „dezvoltare cu viteze diferite în diferite sectoare ale creșterii psihologice (R. Zazzo, 1965, p. 642). Cea mai evidentă heterocronie în deficiența mintală se constată însă între dezvoltarea somatică generală și dezvoltarea cerebrală. Conform opiniei lui R. Zazzo, acest

fapt are repercusiuni asupra diverselor funcţii mintale, după cum ele sînt în corelaţie, mai mult sau mai puţin strînsă, cu dezvoltarea corporală sau cu dezvoltarea cerebrală.

Un alt exemplu de *heterocronie*, considerat specific deficienţelor mintale constă în decalajul care se înregistrează între *vîrsta cronologică* şi *vîrsta psihologică*. Aceasta condiţionează întîrzierea evoluţiei psihice a deficientului şi poate fi evidenţiată prin probe psihometrice; astfel, prin probe de organizare spaţio-temporală se constată o întîrziere psihică manifestă, în timp ce prin probe psihomotorii se înregistrează o întîrziere mult mai uşoară. Această heterocronie nu trebuie înţeleasă „ca o simplă colecţie de viteze diferite", ci ca un sistem de structuri funcţionale ce poate explica mai adecvat polimorfismul fenomenologiei clinice a deficienţelor mintale.

Heterocronia dezvoltării psihice din cadrul deficienţelor mintale este analizată şi sub unghiul psihologiei analitice, ai cărei reprezentanţi consideră că perturbarea coerenţei şi coordonării între diversele sectoare (de activitate, instrumentale şi ale reţelelor senzoriale) antrenează nu numai întîrzieri sau frînări, ci şi remanieri care sînt concomitente cu evoluţia aspectelor deficiente. În acest cadru, „alături de nonstructurare au loc destructurări şi restructurări care vor determina o organizare originală şi vor defini modul de existenţă al lumii subiectului" (J. L. Lang, 1973, p. 36). Desigur în accepţiunea psihologiei analitice, factorii determinanţi ai acestor remanieri se înscriu în dinamica instinctivo-afectivă. Acesta este însă un punct de vedere izolat, întrucît în determinarea heterocroniei şi structurarea unui anumit stil de dezvoltare în deficienţele mintale participă atît factori evolutivi, dar şi dezorganizanţi sau destructivi, impuşi de elemente genetice, metabolice, toxice sau traumatice, care se instituie în condiţii etiologice.

4.2. *Heterocronie şi involuţie psihică.* Cu toate că observaţiile privind heterocronia sînt limitate la studiul deficienţei mintale, considerăm că această heterocronie poate fi constatată atît în privinţa dezvoltării fizice generale, cît şi sub aspectul dezvoltării psihice normale. Dacă aceasta rămîne o sarcină a psihologiei generale şi diferenţiale, observaţii asupra evoluţiei psihobiologice din stările involuţionale ilustrează o evidentă heterocronie atît în planul deteriorării şi regresiei psihice, cît şi în acela al involuţiei organice. Astfel, analiza structurală a stărilor de involuţie senilă ilustrează dezintegrări în ritmuri şi grade diferite ale diferitelor funcţii psihice. Nu există un paralelism şi cu atît mai puţin o sincronie în privinţa dezintegrării motorii, operatorii, mnezice, lingvistice, gnozice sau praxice. Astfel, dezintegrarea motorie se realizează într-un ritm mai accelerat decît dezintegrarea operatorie, după cum, dezintegrarea praxică are loc mai rapid decît dezintegrarea gnozică. Desigur, aceste aprecieri sînt valabile în cadrul general al involuţiei senile şi nu în cazuri particulare care sînt determinate de atingeri cerebrale sau procese distrofice.

4.3. *Heterocronie şi involuţie organică.* În ceea ce priveşte involuţia organică putem constata de asemenea o heterocronie a deteriorării biologice şi funcţionale a diferitelor ţesuturi, organe şi aparate. Dacă în linii generale involuţia apare din momentul în care aparatul, organul sau ţesutul au atins un nivel maxim de dezvoltare, unele observaţii se abat de la această regulă. Cea mai evidentă excepţie în această privinţă o constituie *cristalinul*, care, încă de la vîrsta de 10 ani înregistrează transformări

fizico-chimice care au consecinţe funcţionale. Astfel, scăderea conţinutului în apă şi creşterea procentului de substanţe azotate determină treptat o reducere a elasticităţii şi o slăbire a puterii de acomodare a cristalinului. De asemenea, involuţia organelor parenchimatoase (*ficat*, *rinichi*, *pancreas*) poate fi constatată după vîrsta de 30 ani pentru ca după 70 de ani aceste organe să ajungă la 2/3 din greutatea lor maximă. Deşi mai tîrziu iniţiat, un proces de atrofie mai avansat se întîlneşte la *musculatura scheletică striată*, care la persoane obişnuite poate ajunge la jumătate din greutatea sa maximă. Dimpotrivă, o atrofie mai discretă, şi fără îndoială întîrziată, cunoaşte *miocardul* şi *creierul*, al cărui deficit nu poate depăşi 15—16% nici după vîrsta de 80 de ani.

Vorbind de heterocronia involuţională, care este ilustrată prin gradul diferit de atrofie al organelor, nu omitem degenerarea *heterocronică microscopică*, maximă la nivelul coronarelor, retinei, corneei, neuronilor etc. care poate fi remarcată începînd de la vîrsta de 10—20 de ani, faţă de ţesutul cartilaginos, osos sau muscular, unde apare mult mai tîrziu.

4.4. *Heterocronie şi tanatologie.* Dacă involuţia funcţională şi organică se desfăşoară în cadenţe diferite la nivelul diferitelor organe, aparate sau sisteme, în timpul vieţii, dispariţia activităţii şi existenţei lor cunoaşte aceeaşi heterocronie şi după instalarea clinică a morţii. Astfel, faţă de ţesutul cerebral, care este cel mai sensibil la lipsa de oxigenerare, ţesutul muscular striat are o rezistenţă de 6 ori mai mare, iar ţesutul muscular neted rezistă fără oxigen o perioadă de 18 ori mai mare.

Rezistenţa diferită a organelor în condiţii de anoxie este condiţionată atît de debitul sanguin în condiţii de repaus, cît şi de cantitatea de oxigen necesară funcţionării lor. Astfel, ţesutul cerebral, cel mai puţin rezistent în faţa morţii, deşi reprezintă aproximativ 2% din greutatea corpului, consumă 22% din volumul de oxigen al întregului organism. Referindu-ne la cantitatea de sînge care transportă oxigenul la diversele ţesuturi, menţionăm că într-un minut, în condiţii de repaus, creierul utilizează aproximativ 60 ml, ficatul 50 ml, miocardul 22 ml, rinichiul 18 ml. Aceste diferenţe ne permit aserţiunea conform căreia *rezistenţa unui organ în faţa morţii este cu atît mai mare cu cît este mai mică nevoia de oxigenerare.*

Un alt factor care condiţioneazâ rezistenţa diferită în faţa morţii, îl constituie complexitatea structurii ţesutului şi, în strînsă legătură cu aceasta, vechimea sa filogenetică. Astfel, neuronii cerebrali corticali, care prezintă cea mai complexă organizare histologică, rezistă la anoxie 5 minute, celulele ţesuturilor musculare striate 30 minute, celulele ţesuturilor musculare netede 90 minute, eritrocitul 48 ore, celulele hepatice 90 ore, ovulul şi spermatozoizii 10—100 ore. În cadrul ţesutului nervos se constată faptul că instanţele neuronale mai noi, ulterioare, sînt mai sensibile la lipsa de oxigen decît cele mai vechi, anterioare. Astfel, neuronii corticali au o rezistenţă la anoxie de 3 minute şi 10 secunde, celulele din bulbul rahidian ca şi cele din măduvă, de 30 minute, pentru ca cele din nervii periferici să reziste 90 minute. În virtutea acestui fapt putem sublinia că *instalarea morţii ţesuturilor urmează o ordine inversă complexităţii şi vechimii lor filogenetice.*

Din datele de mai sus putem constata că celulele cerebrale şi în special cele corticale sînt cele mai sensibile în faţa morţii în comparaţie cu celulele altor organe şi mai ales cu celulele sexuale care sînt cele mai

rezistente. Aceeași heterocronie este prezentă însă și dincolo de organismul uman și de biologie; astfel, putem constata că floarea durează mai puțin decît planta, dar sămînța, menită să-i asigure permanența, îi depășește existența.

5. Biocronometrie și hipnologie

5.1. *Ritmuri și perioade ale activității hipnice.* Observațiile și reflexiile asupra somnului, a căror sorginte nu poate fi estimată în timp, au depășit aria preocupării medicilor, trezind, din cele mai vechi timpuri, interesul filozofilor. Astfel, în antichitate, somnul era apreciat ca o moarte superficială și desigur trecătoare, Hypnos (zeul somnului) fiind frate cu Thanatos (zeul morții), ambii fiind fiii lui Nyx, zeița nopții.

Înrudirea somnului cu moartea este redată atît în literatura antichității (unii eroi din *Iliada* și *Odiseea* întrerupîndu-și viața prin somn), cît și în scrierile filozofilor care considerau că între moarte și somn ar exista numai deosebiri de durată.

În afara acestor considerații izvorîte din legendă, în privința mecanismelor somnului, antichitatea greacă și romană a emis opinii care s-au menținut pînă în secolul nostru, unele din ele fiind astăzi reluate în contextul unor experimente și observații științifice. Astfel, concepția lui Heraclit conform căreia somnul este o consecință a obstruării „canalelor" senzoriale a fost reluată și menținută pînă astăzi prin „teoria pasivă" a somnului, în virtutea căreia starea hipnică s-ar instala în mod pasiv, consecutiv reducerii sau eliminării stimulilor senzoriali. De asemenea, teoria lui Alcmeon, care preconiza modificarea compoziției sîngelui în timpul somnului, își găsește actualmente acreditarea științifică prin evidențierea rolului *monoaminelor cerebrale* și în special al *serotoninei* în inducerea stării de somn.

Din istoria preocupărilor asupra somnului mai pot fi reținute, pentru realismul și actualitatea lor, opiniile lui Descartes, după care starea hipnică este o funcție cerebrală vitală al cărei rol primordial este adaptativ și reparator. Remarcăm, de asemenea, faptul că instanțele neuronale sincronizante, susceptibile de a induce somnul, obiectivate astăzi electroencefalografic, au fost anticipate încă de la începutul secolului nostru de către Dubois care postula existența unui „centru al somnului" și, în opoziție cu acesta, a unui „centru al stării de veghe".

Totuși, pînă în ultimele două decenii, observațiile asupra somnului nu se bazau pe o metodologie științifică și nu erau efectuate prin mijloace obiective de cercetare, neputîndu-se stabili exact nici momentul real al instalării somnului și nici gradul sau profunzimea sa. Se poate afirma că studiul somnului a intrat într-o etapă într-adevăr științifică numai odată cu cercetarea electrogenezei cerebrale, cu înregistrarea biocurenților cerebrali în timpul somnului, domeniu în care școala românească de neurologie (ilustrată, în primul rînd, de L. Popoviciu și col., 1972, 1978), s-a înscris prin cercetări și rezultate valoroase, continuînd, prin mijloacele neurofiziologiei moderne, tradiția remarcabilă a cercetărilor întreprinse de N. Vaschide și Gh. Marinescu.

5.2. *Faze, stadii și durate ale activității hipnice evidențiate prin studii bioelectrice.* Înregistrarea biocurenților cerebrali în timpul somnului a permis aprecieri obiective asupra momentului instalării acestuia, a pro-

funzimii şi a ritmului desfăşurării sale. Pe baza acestor observaţii a apărut şi s-a impus o nouă sistematizare a fazelor desfăşurării somnului, care cuprinde faza de *somn lent* (somnul cu unde lente), cu o durată de aproximativ 90—100 minute, şi faza de *somn rapid* (somnul cu unde rapide), cu o durată de aproximativ 30 minute.

Somnul lent cuprinde aproximativ 70% din durata hipnică totală şi se caracterizează din punct de vedere neurofiziologic prin : micşorarea pupilelor (mioză) şi închiderea pleoapelor, relaxare musculară cu persistenţa unui tonus moderat al musculaturii cefei, scăderea ritmului cardiac, a ritmului respirator şi a tensiunii arteriale.

Activitatea bioelectrică din timpul somnului lent este reprezentată de unde rapide (cu o frecvenţă de 10—15 cicli pe secundă) urmate de unde lente (1—3 c/s) şi de mare voltaj.

La rîndul ei, faza de somn lent, în funcţie de profunzimea activităţii hipnice, este împărţită în cinci stadii, de la starea de somnolenţă (stadiul *A*) pînă la starea de somn foarte lent şi profund (stadiul *E*).

Somnul rapid, intuit sub aspect clinic încă din antichitate, a fost confirmat electroencefalografic numai cu aproximativ 25 de ani în urmă. Denumit şi somn „paradoxal" sau „faza paradoxală" a somnului, somnul rapid intervine, la intervale constante, pe fondul somnului lent. Întrucît somnul rapid este însoţit de mişcări oculare, el mai este denumit „somn rapid cu mişcări oculare" sau „faza de mişcări oculare a somnului". Survine în mod ritmic, sub forma unor faze de 25—30 minute în timpul somnului lent, ocupînd aproximativ 25% din durata totală a activităţii hipnice.

Din punct de vedere neurofiziologic, somnul rapid este caracterizat prin : relaxare musculară generalizată (cu atonia musculaturii cefei), apariţia unor tonii şi clonii care cuprind grupe musculare ale trunchiului şi membrelor, mioză sau midriază, salve de mişcări oculare rapide (cu o frecvenţă de 60—70 c/s) care traduc existenţa activităţii onirice, modificări viscero-vegetative evidenţiate prin tahicardie, tahipnee, creşterea tensiunii arteriale etc.

Activitatea bioelectrică din timpul somnului rapid este reprezentată prin unde „rapide", cu o frecvenţă de 20—30 c/s şi de amplitudine redusă. Apariţia mişcărilor oculare este ilustrată prin concomitenţe electroencefalografice reprezentate prin unde ample (200—300 microvolţi) sub formă de „vîrfuri monofazice" a căror frecvenţă este de 40—50 c/s.

Considerat în mod empiric drept somn superficial, somnul rapid are un prag de trezire mai ridicat decît acela al somnului lent, astfel că stimulări auditive, tactile sau motorii care trezesc persoana din fazele de somn lent nu izbutesc să determine trezirea dintr-o fază de somn rapid.

5.3. *Raportul şi ritmul somn lent — somn rapid.* Somnul rapid se prezintă sub formă de faze care apar la anumite intervale pe fondul somnului lent, alcătuind ultimul său stadiu. Cei mai mulţi cercetători consideră însă că faza de somn rapid nu constituie un element al somnului lent, ci un moment succesiv al acestuia. Astfel, cu o fază de somn lent (la rîndul ei alcătuită din patru stadii) este asociată cu o fază de somn rapid, alcătuind un *ciclu de somn* sau o *unitate de somn*. Cele două faze ale unui ciclu de somn au durate diferite, fiind de aproximativ 100 minute pentru faza de somn lent şi de aproximativ 15—30 minute pentru faza de somn rapid. În decursul unei nopţi se succed 4—5 cicluri de somn care însumează aproximativ 6 ore de somn lent şi 2 ore de somn rapid.

Trebuie menţionat însă că somnul rapid nu-şi menţine o durată egală în cursul fiecărui ciclu, ci îşi extinde progresiv durata, de la un ciclu la altul, pe seama somnului lent. Astfel, dacă în cadrul primului ciclu de somn, raportul somn lent/somn rapid este de aproximativ 110/10 minute, în cel de al 4-lea ciclu de somn acest raport tinde spre o echilibrare fiind de aproximativ 80/40 minute.

Această organizare ritmică a activităţii hipnice se instituie într-un „pattern" al somnului, care prezintă variaţii individuale în funcţie de factori personali şi conjuncturali. El nu se manifestă în ritmuri şi durate egale pe parcursul existenţei, ci se organizează în cursul dezvoltării insului, fiind influenţat şi perturbat de numeroşi factori şi în primul rînd de boală.

5.4. *Obiectivarea şi estimarea duratei manifestărilor onirice.* Starea de somn poate fi considerată ca o axă la polii căreia se deschid două domenii ale realităţii psihice : starea de veghe şi starea onirică ; dealtfel, încă din cele mai vechi timpuri, visul a fost considerat ca o a treia formă de existenţă.

Datele electrofiziologiei din ultimii 15—20 de ani privind cercetarea activităţii hipnice şi a fenomenologiei onirice au dus la o revoluţionare a concepţiilor asupra acestui domeniu, infirmînd aserţiunile observaţiilor empirice multă vreme invocate ca elemente ştiinţifice. Astfel, dacă în urmă cu aproximativ 60 de ani fondatorul psihanalizei considera că visul nu trebuie să apară într-un somn normal (întrucît „în timpul stării de somn nu ar trebui să se desfăşoare nici un fel de activitate psihică" (S. Freud, 1923, p. 101) şi dacă numai cu 15 ani în urmă cercetătorii se întrebau dacă toţi oamenii visează sau adevăratul somn este fără vise? Astăzi există certitudinea, obiectivată electroencefalografic, asupra faptului că visul este un fenomen general uman : toţi oamenii visează în fiecare noapte, dar visul nu poate fi evocat întotdeauna. Mai mult, s-a confirmat experimental faptul că există o nevoie de vise, o „foame" de vise, cei împiedicaţi să viseze într-o anumită perioadă a somnului visînd în mod „compensator" în perioada de somn care urmează. În acest context apare cu atît mai valoroasă şi pe deplin actuală concepţia psihologului român N. Vaschide elaborată la începutul secolului, conform căreia nu există somn fără vise, dar, deşi toţi oamenii visează, nu toţi au posibilitatea de a reda visul, evocarea lui fiind interferată de numeroşi factori. Odată confirmat faptul că orice om sănătos sau bolnav visează, trebuie precizat că potenţialul onirogen al fiecărui ins este diferit în funcţie de gradul structurării psihismului. S-a constatat astfel că activitatea onirică apare numai după vîrsta de doi ani, se dezvoltă şi se amplifică progresiv, diminuînd treptat în involuţie, pentru a dispare în stările de senilitate ; de asemenea, nu a putut fi confirmată existenţa unei activităţi onirice în deficienţele mintale severe.

a) *Date privind durata şi ritmicitatea fenomenologiei onirice.* Cu aproximativ 20 de ani în urmă se considera că visele au o durată foarte scurtă, de secunde sau de cîteva minute. Înregistrarea potenţialelor electrice produse de mişcările globilor oculari şi înregistrarea concomitentă a biocurenţilor cerebrali a permis obiectivarea duratei viselor, aceasta fiind superpozabilă perioadelor de mişcare a globilor oculari. S-a constatat astfel că durata visului cuprinde aproximativ 20 % din somnul total, precizîndu-se totodată că primele cicluri (unităţi de somn) cuprind perioade mai

reduse de vis, aceasta fiind mai amplu exprimat în ultimele cicluri de somn, adică în ultima parte a nopții. Astfel, conform cercetărilor efectuate de H. P. Roffworg și col. (1964), W. C. Dement (1966) și alții, în ultima oră de somn au loc aproximativ 30 % din totalul fenomenelor onirice ale nopții respective.

b) *Asupra frecvenței mișcărilor oculare și dinamismul procesului oniric.* Ipoteza asupra relației dintre mișcările globilor oculari și vis a fost emisă încă de la sfîrșitul secolului trecut, dar confirmarea ei științifică a avut loc numai cu trei decenii în urmă, cînd E. Aserinsky și N. Kleitman (1953) au descris „somnul cu mișcări oculare". Prin înregistrarea și amplificarea potențialelor electrice ale globilor oculari în timpul somnului, s-a permis constatarea că visul apare în faza paradoxală a acestuia și mai ales în momentul mișcărilor oculare. Acest fapt a fost verificat prin trezirea subiecților în timpul apariției mișcărilor oculare, situație în care toți au putut prezenta conținutul visului; de asemenea, înregistrarea pe bandă de magnetofon a relatării visului, cuprinde o perioadă de timp egală cu aceea a mișcărilor oculare.

Pe lîngă constatarea mișcării globilor oculari în timpul visului un alt fapt evidențiat prin studiile bioelectrice a fost acela că mișcările oculare nu sînt numai concomitente visului, ci urmează formele imaginilor onirice pe care subiectul le „urmărește" în vis, putîndu-se reprezenta grafic schița acestora. Există deci un raport direct proporțional între frecvența mișcărilor oculare și dinamismul procesului oniric, visele mai bogate în acțiuni antrenînd un procent mai mare de mișcări oculare.

c) *Fenomenologie onirică și productivitatea psihotică.* Imageria visului, caracterul său caleidoscopic, incomprehensibil, cu ignorarea reperelor spațio-temporale ca și a condițiilor socio-culturale, au apropiat de multă vreme visul de fenomenele clinice majore, de intensitate psihotică. Astfel, într-o exprimare, desigur metaforică, Schopenhauer lansa aserțiunea după care visul ar fi o psihoză scurtă în timp ce psihoza ar fi un vis îndelungat.

Cu toate realizările obținute în neurofiziologia somnului și viselor, o observație relativ recentă este susceptibilă să deschidă perspective nebănuite în psihopatologia clinică și în psihoterapie; este vorba de faptul că bolnavi cu afecțiuni psihice majore, îndeobște psihotici, în al căror tablou clinic figurează simptome manifeste (halucinații, delir, fobii obsesii, anxietate, depresie etc.), treziți în timpul productivității onirice sau imediat după aceasta, au o relaționare normală sau foarte apropiată de normal, fiind eliberați de fenomenele psihopatologice. Presupunem că acest fenomen se datorește rolului cathartic al visului, care poate oferi astfel nu numai o cale de cunoaștere a psihismului profund (așa cum preconiza S. Freud) ci și un mijloc terapeutic, *oniroanaliza* fiind astfel completată cu ceea ce putem denumi *oniroterapia.*

6. Timpul evenimentelor și conștiința subiectivă a duratelor

Timpul psihologic, denumit încă „timp subiectiv", „timp trăit" sau „timp simțit", exprimă perceperea subiectivă a raporturilor de succesiune și simultaneitate sau conștiința subiectivă a timpului. Ea presupune o însușire particulară a sistemului nervos (de a percepe și estima duratele), denumită *ciclocronie.* Astfel, în corecta apreciere a duratei au fost incri-

minați anumiți centri subcorticali și mai precis diencefalici. Mai mult, unii autori presupun existența unui ,,*centru al timpului*'' pe care Jorrard (1965) ca și Clark (1966) îl consideră localizat în *hipocamp*, în timp ce unii cercetători sovietici (Dimitriev și Kochigina) invocă existența lui în *cortex*, vorbind de un prezumtiv ,,*analizator al timpului*''. Într-adevăr rolul cortexului cerebral în estimarea duratelor nu poate fi minimalizat, cu atît mai mult cu cît neurofiziologia pavloviană a demonstrat posibilitatea formării de *reflexe condiționate la durată*, reușind astfel condiționarea animalelor nu numai la excitanți fizici, obiectivi ci și la cei de ordin subiectiv, cum este unitatea de timp.

Pornind probabil de la distincția între ,,conștiința duratei trăite'' și ,,judecata asupra duratei'', unii cercetători încearcă o disjuncție între ,,aspectul dinamic sau relativ al timpului'' (A. Morali-Daninos, 1964, p. 119) și aspectul său ,,*cronologic*''. La rîndul său, *aspectul cronologic* al timpului cunoaște o latură predominant *formală*, privind recunoașterea timpului și orientarea în timp, și o latură neuropsihologică, *personală*, privind aprecierea duratelor. În ceea ce privește *aspectul dinamic*, subiectiv, al timpului, se acordă o importanță deosebită evenimentelor care-l populează și a căror succesiune îl fragmentează. Estimarea lui nu se îndepărtează de aprecierea propriu-zisă a duratelor, fiind determinată mai ales de conținutul evenimentelor înscrise pe parcursul duratelor. Obiectivitatea estimării scade deci de la latura formală la cea personală (a timpului cronologic) și mai ales de la aceasta la timpul dinamic, ce poate fi apreciat ca un timp al evenimentelor.

Este cunoscut faptul că factori interni, afectiv-motivaționali sau externi, evenimențiali, influențează exactitatea evaluării duratelor. Astfel, stările afectiv-pozitive ca și angajarea și implicarea într-o anumită acțiune sau activitate, determină subaprecierea duratelor în timp ce stările afectiv-negative, nonparticiparea și nonimplicarea în desfășurarea evenimentelor duc la supraevaluarea perioadelor parcurse. De asemenea ritmul desfășurării, multiplicitatea și varietatea evenimentelor, dar mai ales conținutul și semnificația lor, influențează în mare măsură posibilitatea estimării duratelor în care ele s-au desfășurat. Menționăm totodată că această posibilitate a estimării perioadelor parcurse poate fi ,,perfecționată foarte mult pe bază de exercițiu, în procesul unor activități adecvate'' (Al. Roșca, 1976, p. 253).

Pe de altă parte, situațiile și evenimentele pot constitui repere valoroase în orientarea cronologică. Acest fapt a fost ilustrat cu prilejul unor experimente în care persoanele trebuiau să aprecieze durata, în condiții de privare senzorială sau ,,în afara timpului'' (F. Halberg, 1969, p. 7). Astfel, este citată experiența lui Siffre care a rămas (voluntar) 58 zile într-o grotă, la o adîncime de 130 m., în condiții de izolare fonică și vizuală. În aceste condiții estimarea duratei a înregistrat o eroare apreciabilă — prin impresia de încetinire a trecerii timpului — autorul experienței considerînd că a parcurs numai 33 zile. Același fenomen a fost constatat și într-o altă experiență de izolare efectuată pe parcursul a 180 de zile de către Mairetet care a subapreciat într-o și mai mare măsură durata în condițiile privării. În toate aceste situații, absența ambianței, a evenimentelor ca și a caracterului ritmic al desfășurării unor fenomene determină o subapreciere (subiectivă) a timpului care poate ajunge ,,pînă la 50 % din durata reală'' (P. Fraisse, 1968, p. 257).

7. Biocronometrie şi nosografie

7.1. *Evoluţie biocronometrică şi taxonomie nosografică.* Fără îndoială că cea mai veche şi cea mai frecvent utilizată taxonomie din întreaga nosografie a bolilor este bazată pe durata evoluţiei lor, noţiunile de *acut*, *subacut* şi *cronic* avînd ca primă accepţiune noţiunea de timp. Datînd din antichitate, cunoscută şi descrisă de Hipocrate, această primă sistematizare a bolilor se află încă în plină actualitate, atributele de acut, subacut sau cronic fiind astăzi în mod univoc utilizate.

Ulterior, concepţia ciclică asupra timpului, derivată în special din astronomie, în care timpul era divizat în cicluri (nictemeral, lunar, sezonier), determinate şi delimitate de fenomenele cosmice, s-a impus şi în nosografie. Această influenţă s-a manifestat în special asupra bolilor acute care, în condiţiile evoluţiei lor naturale, prezentau o desfăşurare ciclică.

Ciclicitatea evolutivă era mai bine ilustrată în patologia infecţioasă în care se constata un *debut* brusc şi relativ nespecific, marcat de febră, mialgii, artralgii şi fenomenologie cutanată eruptivă, urmat de o *perioadă de stare*, caracterizată printr-o simptomatologie cvasispecifică. Finalul bolii era marcat de o „criză", ilustrată prin acutizarea simptomelor a cărei prezenţă şi desfăşurare decidea deznodămîntul afecţiunii. Remarcată încă de Hipocrate, criza, acest moment final, dramatic al afecţiunii, păstra o semnificaţie prognostică particulară, ca fiind urmată de aşa-zisa fază rezolutivă, de remisiune rapidă a fenomenologiei clinice.

În condiţii favorabile, această evoluţie ciclică a bolii se încheia prin vindecare, orice abatere de la evoluţia cronologică sau simptomatologică a afecţiunii fiind susceptibilă de complicaţii sau de un prognostic infaust. Bazat pe această biocronometrie evolutivă, medicul putea emite prezumţii prognostice care de cele mai multe ori erau confirmate, fapt ce sporea nemăsurat prestigiul său profesional. Bazat pe evoluţia ciclică a bolii, în faţa pacienţilor săi care nu aveau cunoştinţe de cronopatologie, el devenea din terapeut un vizionar, din medic, un mag.

Remarcăm totodată faptul că boala acută, asemenea tuturor proceselor biologice, prin această desfăşurare ciclică ilustrează cu şi mai multă pregnanţă ordinea dialectică. Dealtfel, nu numai febrele eruptive, ci şi alte afecţiuni din patologia infecţioasă sau din patologia generală atestă această ciclicitate; pneumonia franco-lobară, pleurezia sero-fibrinoasă, guta şi altele se înscriu în cadenţa evolutivă a cronometriei. Trebuie subliniat însă că toate aceste boli sînt determinate de un factor etiologic exogen, de cele mai multe ori infecţios. Datorită acestui fapt, terapeuticile moderne, şi în primul rînd antibioterapiile, prin promptitudinea şi eficacitatea acţiunii lor, au suprimat sau în orice caz au perturbat ciclul evolutiv al bolilor, dezinvestind totodată puterea prognostică a medicilor.

Pe de altă parte însă, terapiile moderne, minimalizînd afecţiunile acute şi nu rareori salvînd vieţile, au ins'aurat *era bolilor cronice*; în cazul lor, amplitudinea manifestărilor clinice cedează în favoarea duratei. Spre deosebire de bolile acute a căror caracteristică era ciclicitatea, bolile cronice au ca trăsătură esenţială durata; ele sînt *boli ale timpului*.

Deşi lipsite de ciclicitate, bolile cronice nu au o deplină uniformitate evolutivă. Ele au, mai bine spus, o lentă procesualitate care nu le scoate complet din ciclicitate şi probabil acest fapt l-a determinat pe Littré să afirme că bolile cronice sînt acelea care „îşi parcurg lent perioadele".

Putem considera că în linii generale, pînă la jumătatea secolului nostru, istoria medicinei se caracterizează prin domnia bolilor acute şi a evoluţiei lor ciclice. Deşi cunoscute şi invocate, bolile cronice nu erau ca atare considerate, ci erau apreciate ca sechele, cu forme diferite de gravitate, ale bolilor acute.

Terapeuticile moderne în primul rînd, dar nu mai puţin creşterea nivelului sociocultural, a calităţii vieţii şi a asistenţei medicale în special, au adus în cîmpul asistenţei organizate (dispensarizate) boala cronică nu numai în perioada de manifestare clinică, ci şi în lunga ei evoluţie torpidă, nu rareori subclinică.

Aspectele de cronometrie pot fi regăsite însă şi în bolile cronice, ca dealtfel în întreaga patologie; ele se constată nu numai în periodicitatea puseelor, ci şi în ritmicitatea simptomelor (ca în boala ulceroasă, astmul bronşic etc.). Alteori, periodicitatea puseelor este insuficient remarcată, acutizarea fiind determinată exogen de factori psihici, meteorologici, alimentari, conjuncturali, ca în hipertensiunea arterială, reumatism, diabet, scleroza în plăci etc. În alte situaţii, boala cronică este considerată aperiodică (de exemplu scleroza laterală amiotrofică, distrofiile musculare, neoplasmele etc.) deşi este foarte probabil ca şi aici să existe o ritmicitate evolutivă încă insuficient evidenţiată.

7.2. *Boala sub unghiul evoluţiei temporale şi caracterul relaţiei terapeutice interpersonale.* Dacă boala acută prin evoluţia sa ciclică ce ocaziona posibilităţi prognostice şi scadenţe sanogenetice a aureolat prestigiul medicului, boala cronică, prin prognosticul imprevizibil şi evoluţia îndelungată tinde să îl estompeze. Argumente patogenetice vin să argumenteze această concluzie; astfel, *boala acută*, de cele mai multe ori de natură infecţioasă, era considerată ca fiind *determinată de un agent exterior*, invadator, care presupunea o mobilizare atît a acţiunilor biologice, sanogenetice, cît şi a elementelor propriu-zis terapeutice care, în esenţa lor, depindeau de medic.

Spre deosebire de boala acută, *boala cronică* nu are o cauză atît de evidentă, fiind considerată în mod empiric de *natură internă*, denumită uneori *endogenă*. Într-adevăr, bolile reumatismale, cancerele, psihozele, diabetul nu cunosc o cauză evidentă şi, datorită acestui fapt, nu pot beneficia de un tratament specific, ceea ce condiţionează caracterul lor cronic. În felul acesta, spre deosebire de boala acută apreciată de bolnav ca ceva exterior, accidental şi tranzitoriu, boala cronică apare ca dezvoltată din propriul organism şi inerentă fiinţei sale. În plus, evoluţia îndelungată şi incertitudinea prognostică vin să-i întărească această impresie. Toţi aceşti factori consolidează anxietatea pacientului în faţa bolii cronice spre deosebire de încrederea cu care el trăieşte evoluţia bolii acute, în ciuda amplitudinii ei simptomatologice.

În ceea ce îl priveşte, terapeutul, prin formaţia sa medicală pozitivistă, este mai pregătit să considere boala ca pe un element străin, de natură exogenă, iar cînd acesta este bine cunoscut, efortul său terapeutic este mai angajat şi mai bine conturat.

În plus, în virtutea instrucţiei şi formaţiei sale, medicul este tentat (iar alteori determinat de lipsa altor mijloace terapeutice) să trateze boala cronică prin metode clasice care, de cele mai multe ori sînt specifice tratamentului bolilor acute. Insuccesele astfel înregistrate se adaugă neîncrederii sale iniţiale şi au drept consecinţă evitarea angajării medicului

în efortul terapeutic destinat bolnavului cronic. Avînd conştiinţa ciclicităţii şi finalităţii previzibile a bolii acute, medicul nu trebuie să omită perspectiva lentă şi imprevizibilă a continuităţii evolutive a bolii cronice, a cărei epocă a fost în mod paradoxal deschisă de noile mijloace şi succese terapeutice.

8. Dismnezie şi cronopatologie

Psihologia tradiţională a legat studiul timpului de procesele senzoriale, vorbind despre „percepţia timpului", atît în virtutea unor argumente fără îndoială pertinente, cît şi prin analogie cu percepţia spaţiului. Legate de evenimentele cu care omul este confruntat, duratele pot fi nu numai percepute, ci şi trăite, cu o anumită intensitate şi tonalitate afectivă, determinate de semnificaţia acestor evenimente. La rîndul ei, trăirea, în funcţie de amplitudinea şi autenticitatea sa, influenţează capacitatea mnezică şi, în primul rînd, păstrarea şi evocarea. În fond, fiinţa conştientă nu ar avea posibilitatea estimării duratelor şi edificării noţiunii de timp fără participarea funcţiei mnezice ; ea fixează evenimentele în trama perioadelor parcurse, stabilind în ultimă instanţă întinderea duratelor. Ea realizează legătura trecutului cu prezentul, oferind posibilitatea elaborării planurilor şi intervenţiilor prospective. Astfel, un om lipsit de posibilitatea fixării mnezice a evenimentelor, lipsit de conştiinţa continuităţii timpului ilustrată prin unitatea dimensiunilor sale (trecut, prezent şi viitor), nu poate duce mai departe o acţiune începută. Un exemplu clasic în acest sens oferă psihiatrul rus S. Korsakov, care prezintă cazul unui romancier cu amnezie de fixare ; datorită acestei tulburări (survenite în urma unui traumatism cranio-cerebral), el nu mai putea continua într-o legătură inteligibilă acţiunea eroilor unui roman pe care începuse să-l scrie înainte de accident. Numeroase exemple clinice atestă faptul că procesele mnezice care asigură posibilitatea fixării, păstrării şi evocării evenimentelor realizează nu numai continuum-ul trecut-prezent-viitor, ci asigură totodată raportarea noastră adecvată la dimensiunile duratei.

Legată în cel mai înalt grad de problematica timpului, funcţia mnezică este un act de sinteză psihică. Prin aceasta, actul memorizării impune acţiunea de participare activă, de trăire, de construcţie a prezentului.

Activismul persoanei în procesul memorării şi în special al fixării a determinat conturarea aşa-numitului „prezent psihologic" (Averbach) sau „prezent aparent" (W. James), căruia, unii clinicieni au încercat să-i măsoare durata, apreciind că aceasta ar fi cuprinsă între 0—12 secunde.

Referitor la perceperea duratei „prezentului psihologic" P. Janet vorbeşte de aşa-numita „potenţare a prezentului" *(présentification)*, argumentînd că realizarea prezentului este inseparabilă de constituirea evocării, prezentul fiind „o evocare făcută în acelaşi moment în care noi prezentăm" ; cu alte cuvinte, prezentul ar consta din transformarea acţiunii în evocare în acelaşi moment în care noi o executăm. În felul acesta, actul de potenţare a prezentului devine un act intelectual în care este implicată atît conduita actuală, cît şi procesul evocării ; potenţarea prezentului uneşte deci evocarea cu acţiunea, întrucît ceea ce nu poate fi trăit, actul la care subiectul nu a putut participa pe deplin conştient, nu va putea

fi evocat, ci numai repetat. Putem considera, în acest context, că există o *creativitate a evocării* prin care funcţia mnezică *realizează* nu numai *actul potenţării*, ci şi pe acela al construcţiei prezentului.

8.1. *Tulburări ale delimitării prezentului de imaginile trecutului.* Uneori, în stări de tulburare a conştienţei sau de involuţie senilă, bolnavul confundă trecutul cu prezentul. Astfel, în *ecmnezie* (gr. *ek.* în afară ; *mnezis*, memorie), trecutul este luat drept prezent, bolnavul retrăind în prezent scene sau episoade de viaţă ale unei perioade de mult trăite, a căror amintire este încă bine păstrată. În situaţii clinice asemănătoare poate apare o slăbire sau chiar o anulare a posibilităţilor discriminative dintre evenimentele real-trăite şi cele care au fost numai auzite ori citite sau provenite din experienţa onirică a insului, fenomen denumit *criptomnezie* (gr. *kriptos*, ascuns). Spre deosebire de aceasta, în *înstrăinarea amintirilor*, bolnavul pierde conştiinţa propriei istorii, considerînd că evenimentele real-trăite nu-i aparţin, nu sînt ale sale, fiind numai auzite, lecturate sau visate.

8.2. *Invadarea prezentului de către imaginile trecutului.* În anumite stări infecţioase (în momentul ascensiunilor termice), în narcoza cu eter sau cloroform, în şocurile insulinice, ca şi în ingestia voluntară a unor substanţe psihodisleptice sau psihedelice apar anumite tulburări mnezice caracterizate prin evocări multiple, tumultoase şi incoercibile desemnate prin noţiunea de *hipermnezie* (gr. *hyper*, mai mult). O manifestare amplă, paroxistică, a hipermneziei în care persoana este incapabilă de a opri avalanşa imaginilor evenimentelor trăite este cunoscută sub numele de *mentism* (lat. *mens*, *mentis*, minte, spirit). În această situaţie pacienţii au mari greutăţi în capacitatea de a memora, întrucît, datorită derulării caleidoscopice a imaginilor trecutului, ei nu mai pot fixa mnezic, aspecte ale prezentului.

O situaţie particulară a fenomenologiei hipermnezice poate fi considerată *viziunea panoramică retrospectivă* întîlnită în situaţii de stress emoţional excepţional, în cursul marilor paroxisme anxioase, sau în crize de epilepsie temporală. În aceste momente, considerate ca unice prin amploarea lor, cei în cauză au impresia că revăd şi retrăiesc imagini esenţiale din propria existenţă.

9. Aspecte cronopatologice în principalele boli psihice

Perceperea şi trăirea timpului pot fi mai bine sesizate şi mai clar interpretate prin studiul perturbării lor. Această aserţiune a lui Th. Ribot asupra „experimentului natural pe care-l constituie boala", şi a rolului său în *înţelegerea normalului* îşi păstrează actualitatea, observaţia clinică fiind încă mijlocul de investigaţie cel mai eficace din psihopatologie. În afară de aceasta, trebuie precizat faptul că „studiile psihopatologiei depăşesc cadrul strict al medicinei, înţelegerea bolii cere o înţelegere a caracteristicilor sănătăţii, iar trăsăturile esenţiale descoperite cu această ocazie îmbogăţesc patrimoniul cunoaşterii în general, inclusiv al cunoaşterii filozofice" (Maria Costiner, El. Costiner, 1978, p. 117). Tocmai de aceea, studiul timpului întreprins încă din antichitate, atît de medici cît şi de filozofi, a oferit date şi nu rareori argumente nu numai cunoaşterii medico-psihologice, ci şi edificării curentelor filozofice.

Perceperea subiectivă a timpului şi conduita temporală în ansamblu sînt bulversate în toate tulburările conştiinţei (determinate de o suferinţă neuronală consecutivă unui traumatism, unei intoxicaţii sau infecţii), precum şi în dezorganizările psihicului întîlnite în marile entităţi nosografice psihiatrice şi mai ales în psihoze.

Datele şi observaţiile asupra perceperii timpului din cadrul marilor sindroame psihiatrice şi al bolilor majore a deschis astăzi un nou capitol al psihopatologiei ce poate primi denumirea de *cronopatologie*. Menţionăm, cu acest prilej faptul, că noţiunea de *cronopatologie* nu trebuie înţeleasă sub aparenţa etimologică întrucît, deşi perceperea şi trăirea timpului sînt alterate în majoritatea afecţiunilor psihice, nu există o „boală a timpului" şi nici o „patologie a timpului", sau a temporalităţii, în sensul în care vorbim de o patologie a senzorialităţii, a cogniţiei sau a afectivităţii. Cronopatologia ar putea reuni şi interpreta tulburări ale perceperii şi trăirii timpului care sînt întotdeauna secundare diverselor tulburări ale psihismului şi, în primul rînd, ale sintezei psihice. Tocmai de aceea, cele mai grave erori în perceperea duratelor se întîlnesc în tulburările conştienţei, dezorientarea allopsihică constituind expresia lor cea mai frecventă şi relevantă.

9.1. *Perceperea timpului în schizofrenie.* Boală psihică majoră care implică o profundă clivare a personalităţii insului, precum şi o disociere a relaţiilor cu realitatea, schizofrenia determină mari anomalii în perceperea, estimarea şi mai ales în trăirea timpului. Datorită acestei disocieri a psihismului, în schizofrenie se remarcă şi o disjuncţie între „timpul eului" şi „timpul faptelor" sau între „timpul trăit" şi „timpul spaţial", cu alte cuvinte între *cronognozie* şi *cronometrie*. În felul acesta, discordanţa din planul psihismului se manifestă şi în privinţa perceperii şi trăirii timpului prin „discordanţa temporală" pe care o putem denumi *schizocronie*.

Pe de altă parte se consideră că timpul pacientului schizofrenic şi-ar pierde caracterul subiectiv, într-o tendinţă de obiectivare şi imobilizare, spre a permite persoanei, aflate în disociere şi dispersie, să-şi regăsească unitatea.

Unii autori psihanalişti consideră însă boala ca o reintoarcere a pacientului în stadiul primitiv şi nestructurat al primelor luni de viaţă embrionară; ar fi vorba de o „retrimitere în timp" la „stadiul preobiectal", embrionar, „al aşteptării neconştiente a satisfacerii erotice".

Îndepărtîndu-ne de aserţiunile prezumtive şi interpretările speculative ale psihanalizei, menţionăm cercetările asupra timpului la bolnavii schizofreni unde se constată că aceştia prezintă: — o bună orientare temporo-spaţială şi autopsihică; — o relativ bună posibilitate de estimare a duratelor timpului fizic; — condensarea, comprimarea duratelor de boală parcurse; — tendinţa de negare a faptelor şi evenimentelor trăite în timpul bolii; — incapacitatea atitudinii prospective şi de proiecţie în viitor.

Această ultimă observaţie este reluată şi de alţi clinicieni care analizează rolul limbajului în conceptualizarea dimensiunilor temporale la schizofreni şi stabilesc o „restrîngere a cîmpului temporal" (S. Arieti, 1974, p. 247), care constă în reducerea pînă la anulare a trecutului şi mai ales a viitorului în contrast cu ipostazierea prezentului. De fapt, observaţii asemănătoare au fost efectuate cu mult înainte de către psihologi, care, prin studii proiective au arătat *fixarea pacienţilor schizofreni asupra pre-*

zentului, fapt pe care îl interpretăm ca o expresie a dificultăţii discriminărilor realului de ariile incerte ale posibilului. Analizînd clinic acest aspect am observat că la bolnavii schizofreni există o anumită corespondenţă între gravitatea afecţiunii şi gradul de scotomizare a viitorului.

O situaţie asemănătoare este întîlnită în cadrul productivităţii onirice unde *fenomenologia visului se desfăşoară în prezent*; indiferent de conţinutul lor tematic, manifestările onirice sînt trăite în prezent chiar şi atunci cînd reprezintă un fapt terifiant sau un pericol iminent.

9.2. *Percepcerea timpului în psihozele delirante.* În *parafrenie* perceperea şi trăirea timpului se desfăşoară într-un mod asemănător cu schizofrenia, în sensul că unităţile timpului fizic nu par modificate, ele fiind organizate şi folosite în diverse activităţi. În ceea ce priveşte trăirea timpului, aceasta se desfăşoară în viziunea delirantă a bolnavului, întrucît el trăieşte un delir a cărui amplitudine are deseori un caracter fantastic sau oniric, fapt care duce la modificarea timpului social şi a raporturilor acestuia cu timpul personal; nu este vorba de o disociere a perceperii timpului, dar se poate afirma că bolnavul trăieşte un *timp bipolar* prin prisma dimensiunii personale şi sociale a acestuia. În relaţionarea socială, datorită delirului său, bolnavul neagă caracterul obiectiv şi real al duratelor; mai exact, parafrenicul neagă timpul în perspectiva delirului său, dar îi recunoaşte caracterul obiectiv şi îl apreciază în mod realist în afara delirului.

Spre deosebire de schizofrenie şi parafrenie, *paranoia* nu prezintă aspecte de clivare sau bipolaritate temporală; în consecinţă, nu se poate vorbi de un „timp al delirului" şi un timp al existenţei sale sociale. Aceasta pentru că, în paranoia, delirul nu are caracterul provizoriu, epifenomenal, ca în schizofrenie şi parafrenie, nu se află într-o paralelă cu bolnavul, ci este încorporat persoanei sale. Bolnavul paranoic nu relatează detaşat şi constatativ delirul asemenea schizofrenicului sau parafrenicului, ci îl trăieşte în deplină autenticitate, realizînd o fuziune cu delirul care îi reorganizează nu numai laturile formale ale personalităţii, ci şi ansamblul ei, de la mobilurile motivaţionale pînă la sistemul atitudinal; paranoicul nu este un bolnav care prezintă delir, ci un ins a cărui întreagă existenţă *este delir*. În această situaţie, timpul nu mai poate fi apreciat sub aspect fizic, pe de o parte, şi în perspectivă delirantă, pe de altă parte., *bolnavul paranoic apreciază şi trăieşte timpul în funcţie de conţinutul delirului său cu care se identifică.*

Drept consecinţă a trăirii timpului în manieră delirantă, în paranoia, duratele şi evenimentele acestor durate sînt regrupate şi subordonate axei de cristalizare a delirului. Datorită acestui fapt, în unele stări delirante, în special cu conţinut persecutoriu, bolnavul poate fi orientat mai ales asupra viitorului pe care-l supradimensionează, decît asupra prezentului pe care îl minimalizează. De asemenea, pentru pacientul paranoic viitorul îşi pierde caracterul de probabilitate şi îşi topeşte eventualităţile şi variabilele într-un flux unic, rigid şi viguros ce vine să întreţină şi să consolideze delirul, furnizîndu-i noi date, care prin subordonarea şi înlănţuirea lor catenară vor servi drept noi argumente în sprijinul sistemului ideativ delirant. Spre deosebire de *bolnavul schizofrenic la care timpul părea dezarticulat, fragmentat*, în multiple faţete, la *bolnavul paranoic timpul se prezintă compact, într-o unitate fermă, monolitică* din care sînt excluse eventualităţi, contradicţii sau fapte aleatorii.

9.3. *Perceperea timpului în psihozele afective.* Dacă admitem că nu există o boală a timpului, o entitate nosografică în care tulburarea percepcrii timpului să constituie simptomul major, putem afirma că *mania și melancolia sînt afecțiunile în care trăirea timpului este cea mai intensă și mai evidentă.* În plus, psecle de manie și melancolie sînt legate de timp prin apariția lor ciclică, la anumite intervale — uneori diferite, alteori egale —, fapt pentru care au mai primit denumirea de *psihoze periodice.* De asemenea, fenomenele clinice maniacale sau depresive pot evolua într-o anumită succesiune închizînd un ciclu, fapt care a determinat denumirea acestor forme de manifestare drept *psihoze cicloide.*

În *psihozele expansive,* caracterizate în mod esențial prin exaltare afectivă și conduită polipragmatică, se ipostaziază și chiar se apoteozează clipa, momentul prezent. Deși prezintă o fragilă inserție în realitate, bolnavul maniacal este focalizat asupra prezentului, „acum și aici" constituind pentru el obiect de continuă referință. Într-adevăr, existența bolnavului maniacal pare concentrată și redusă la „acum", la prezentul concret, palpabil, celelalte dimensiuni temporale, trecutul și viitorul fiind golite de conținut, lipsite de semnificație. Apreciat sub unghiul perceperii timpului, bolnavul maniacal se caracterizează prin „absorbția trecutului și viitorului în prezent" (L. Binswanger, 1956, p. 37).

Privit sub unghiul fenomenologiei clinice, în exaltarea sa afectivă, bolnavul cu manie pare fascinat de frumusețea vieții pe care o trăiește amplu, în planuri multiple, cu tendința de a nu-i scăpa nimic din realitate. Ignorînd sau scotomizînd dimensiunea retrospectivă și prospectivă, ancorat în clipa prezentă a cărei caracteristică este tranzienta, *bolnavul maniacal are impresia de concentrare a duratelor și de accelerare a desfășurării evenimentelor.* În vivacitatea sa imaginativă, în bogăția fluxului ideativ și fuga de idei, bolnavul cu manie are impresia curgerii accelerate a timpului; acest fapt este evidențiat și în unele aprecieri ale pacienților conform cărora „zilele trec prea repede" și „viața este prea scurtă" pentru a se putea „bucura îndeajuns de bucuria vieții".

În *psihozele depresive,* starea psihică polar-opusă maniei conferă altă perspectivă dimensiunilor temporale care-i apar bolnavului dilatate, hiperbolizate, într-o desfășurare lentă, chiar imobile. În virtutea acestor considerente, melancolia — și stările depresive în general — oferă cea mai vie impresie a „trăirii" timpului. Abstrași realității fizice, concrete, depresivii par plonjați în timp și au fost denumiți „bolnavi ai timpului", întrucît la ei simptomele au o referință și raportare temporală, evidențiind durata trăită dureros. Retragerea investițiilor afective, a inițiativelor, limitarea activității la acțiuni și mai ales la acte cu caracter stereotip ca și închiderea perspectivelor cu anularea atitudinii prospective, sînt caracteristici ce concură din unghiuri diferite la *reținerea în plan subiectiv a prezentului care pentru bolnav se scurge exasperant de lent* și-n fața căruia el se repliază, refugiindu-se în trecut. Spre deosebire de bolnavul maniacal ce „zbura" în timp, *melancolicul nu poate ieși din timp care este perceput ca desfășurîndu-se lent și uneori ca fiind oprit,* fapt pentru care melancolia a fost apreciată ca o „sincopă a timpului".

În contrast cu refugierea retrospectivă, pacientul depresiv prezintă o inaptitudine prospectivă; pentru el, viitorul nu este așteptat, dar nu este nici dorit sau prospectat, fiind de cele mai multe ori ignorat sau anulat. Într-adevăr, la bolnavul depresiv „iconoclastia trecutului merge mînă

în mînă cu iresponsabilitatea față de viitor" (A. Morali-Daninos 1964, p. 119). Este posibil ca această scotomizare a viitorului să fie expresia investiției sale univoc-negative și a lipsei oricărei perspective acut trăite de pacientul depresiv.

De fapt, redimensionarea perceperii timpului din manie și din melancolie poate fi regăsită în amplitudini miniaturale în condiții normale. Astfel, situațiile trăite cu o participare afectiv-pozitivă oferă impresia accelerării timpului și în consecință par mai scurte, sînt subapreciate; dimpotrivă, cele trăite cu o participare afectiv-negativă oferă impresia încetinirii scurgerii timpului, fiind supraapreciate. În același sens, momentele de bucurie și satisfacție au un alt caracter decît situațiile penibile și de disconfort moral-afectiv. Desigur, la această situație contribuie și faptul că omul, în general orientat spre realizare și succes, apreciază realizările și succesele sale ca firești, înscrise în cadrul acțiunilor obișnuite; dimpotrivă, insatisfacțiile, decepțiile, insuccesele nu sînt planificate, sînt neprevăzute, avînd astfel implicații mai profunde asupra stării sale timice. În consecință, *momentele penibile și situațiile afectiv-negative au o mai mare forță de penetrație și aderență psihică, rămîn mai mult și mai puternic ancorate în gîndurile și amintirile noastre* (G. Ionescu, 1981, p. 75), oferind impresia încetinirii scurgerii timpului și implicit a creșterii duratelor; dimpotrivă, situațiile afectiv-pozitive se desprind mai ușor de noi, sînt mai repede uitate, oferind impresia desfășurării mai rapide a timpului și a reducerii duratelor.

9.4. *Stările confuzionale și perceperea timpului.* Tulburările conștiinței sînt caracterizate în mod esențial prin dezorientare în timp, în spațiu și cu privire la propria persoană. Aceste momente de bulversare a conștiinței retrimit la problema unității spațio-temporale întrucît, spre deosebire de celelalte situații clinice, vizează nu numai perceperea timpului, dar și a spațiului, ilustrînd ceea ce psihopatologia denumește „dezorientare spațio-temporală". Astfel, bolnavul confuzional nu are conștiința duratei, nu poate face aprecieri asupra dimensiunilor temporale. În starea de disoluție a conștiinței, bolnavul are sentimentul neantizării, al destrucției și pulverizării timpului care, pentru el, este absorbit, încorporat în spațiu.

9.5. *Sindromul Korsakov și orientarea temporală.* De etiologie traumatică sau alcoolică, ilustrat clinic prin amnezie de fixare, confabulație și dezorientare, *sindromul Korsakov* conferă, poate în cel mai înalt grad, imaginea disoluției temporale. Pentru bolnav, care este în imposibilitate de a fixa faptele și evenimentele parcurse, datele și împrejurările nu se scurg din viitor spre trecut, ci, venind în prezent, evenimentele cad în gol, într-un vid mnezic, de unde imposibilitatea de a fi readuse (evocate). Bolnavul nu poate relata nici cele mai semnificative evenimente ale existenței sale (trăite în special după apariția bolii), fapt pentru care oferă impresia unei existențe lipsite de istorie, fără trecut și, în virtutea acestui fapt, fără posibilitate de orientare prospectivă. Cu toate că în *sindromul Korsakov* este invocată în primul rînd tulburarea mnezică și prosexică, bolnavul este caracterizat mai ales prin ștergerea noțiunii de timp și anularea sensului temporalității, ceea ce are drept consecință clinică imposibilitatea orientării cronologice.

9.6. *Perceperea timpului sub acțiunea drogurilor.* Anumite plante cunoscute încă din antichitate, ca *Papaver Somniferum* sau macul (din latexul căruia se extrage opiul), *Canabis Indica* (din care se extrage *hașișul*

sau *marihuana*), *arbustul de Coca* (din care se extrage cocaina) etc. posedă — pe lîngă alte acțiuni asupra psihicului — proprietatea de a influența perceperea timpului. De fapt, este hazardat a afirma că substanțele amintite influențează în mod particular perceperea și trăirea timpului întrucît ele produc, în diverse grade (în funcție de natura substanței și cantitatea administrată), tulburări ale conștiinței pe fondul cărora apar dezorientări în tip și spațiu, ca expresie a stării confuzionale în care se află persoana. Pe acest fundal confuzional are loc o productivitate senzorială psihotică ce anulează reperele spațio-temporale. Astfel Thomas de Quincey descrie la toxicomani „ieșirea din timp" determinată de acțiunea opiului, pacientul fiind retrimis într-un trecut impersonal sau în trecutul istoric general și obligat să trăiască „mii de ani înmormîntat în sicrie de piatră", împreună „cu mumii și sfincși, în încăperi strîmte din inima piramidelor". Redimensionarea și hiperbolizarea „perceperii" duratelor sub acțiunea drogului este menționată și de Théophile Gauthier care aprecia că starea halucinantă și terifiantă, produsă de hașișul cu care se droga, ar dura sute de ani, deși în realitate era vorba doar de zeci de minute. La rîndul său Ch. Baudelaire, redînd fazele intoxicației cu hașiș, afirma că proporțiile timpului și ale existenței sînt complet dereglate de avalanșa senzațiilor și a ideilor.

Substanțele amintite, ca și altele cu acțiune asemănătoare, antrenînd obnubilarea conștienței, determină înlăturarea reperelor temporale, ștergerea granițelor între momentul actual și trecut sau viitor, plasarea greșită în timp a diferitelor evenimente sau împrejurări, imposibilitatea estimării duratelor.

Drogurile naturale amintite tind a fi asătăzi înlocuite cu altele sintetice, care au o acțiune mai promptă și mai amplă asupra sistemului nervos, antrenînd modificări psihopatologice mai puternice, deseori cu un caracter dramatic. În virtutea acțiunii lor, aceste substanțe (printre care se înscriu *mescalina*, *psilocibina*, *dietilamida acidului lisergic* sau LSD_{25} etc.) au fost denumite *psihotomimetice*, *psihodispleptice*, *psihedelice* etc.

Din acțiunea lor complexă asupra psihicului, reținem tulburările în orientarea temporală care sînt variabile de la o persoană la alta fiind descrise în mod diferit, uneori prin expresii metaforice ca „timp oprit", „timp fragmentat", „timp discontinuu", sau dimpotrivă ca „prezent etern", „aprofundare infinită" etc. Cercetările efectuate asupra acestor situații au ilustrat însă că *persoanele respective, cufundate în confuzie*, nu au posibilitatea aprecierii duratelor și nici *conștiința trecerii timpului*. În consecință aici nu este vorba atît de *încetinirea derulării timpului*, cît de *impresia opririi lui*. Datorită acestui fapt, unele persoane drogate afirmă că în cursul unei experiențe psihedelice trăiesc ani, decenii sau o viață. Deseori, continuum-ul temporal apare ca întrerupt, tăiat sau decupat ori fragmentat în episoade care se succed caleidoscopic, asemenea unor imagini fotografice într-un carusel fascinant, dar mai ales terifiant.

9.7. *Semnificația afectivă a timpului în psihopatologie.* Analiza psihologică a timpului a deschis în psihopatologie un nou capitol care abia în zilele noastre a început să-și scrie istoria. Deși studiile se află la începutul lor, considerăm că o primă observație care trebuie menționată este aceea conform căreia *cronopatologia confirmă și ilustrează adevărul* fizicii moderne, dar și al *materialismului dialectic asupra unității spațio-temporale*. Într-

adevăr, *orice tulburare a perceperii timpului este însoțită de tulburări în orientarea spațială*; mai mult, orice dezorientare în timp este însoțită, într-un grad variabil, de o dezorientare în spațiu.

Deși greu se poate realiza în plan clinic disjuncția între dezorientarea temporală și dezorientarea spațială, putem afirma că prima conferă un grad mai mare de anxietate și perplexitate, accentuînd confuzia bolnavului.

În general pentru bolnav, *timpul*, în virtutea aspectului său subiectiv, *este mai anxiogen decît spațiul, ale cărui repere sînt mai accesibile simțirilor noastre* în virtutea caracterului lor concret-material. Spre deosebire de timp, spațiul poate fi văzut, pipăit, transformat; el poate fi dominat, forța omului manifestîndu-se în mod concret asupra lui. Conștiința faptului că spațiul poate fi supus conferă omului în general și bolnavului psihic în special impresia de liniște și certitudine. *Spațiul are un rol tranchilizant*, chiar atunci cînd este întins, de unde efectul terapeutic pozitiv al deplasărilor în spațiu.

Prin aspectul său subiectiv, prin caracterul său imprevizibil sub raportul evenimentelor și situațiilor pe care le aduce, timpul este neliniștitor pentru bolnav care, în virtutea bolii sale, este încărcat de temeri, contorsionat de incertitudini. Timpul este susceptibil de a aduce nu numai evenimente cu implicații negative asupra bolnavului, dar el poate pune punct însăși existenței acestuia ceea ce-i sporește caracterul anxiogen. De aceea, tratarea efectului angoasant pe care timpul îl determină asupra unor persoane, trebuie edificată pe tărîmul ferm și tranchilizant al spațiului, terapia de mediu și socioterapia fiind considerate ca premise ale acestei acțiuni.

Bibliografie

Arieti, S., *Interpretation of schizophrenia*, Basic Books, New York, 1974, p. 246—248.

Aserinsky, E., Kleitman, *Regularly occurring periods of eye motility and concomitant phenomena during sleep. Science*, 1953, 118, p. 273—274.

Baudelaire, Ch., *Les paradis artificiels*, Paris, Ed. Nilson, 1936.

Binswanger, L., *Refléxions sur le temps et l'éthique. Evol. Psychiat.*, 1956, 1, p. 37.

Bîrsan, Gh., *Timpul în știință și filozofie*, București, Edit. științifică, 1973.

Costiner, Maria, Costiner, El., *Timp psihologic- aspecte patologice. Filozofie și medicină* (red. Fl. Georgescu), București, Edit. medicală, 1978, p. 117.

Dement, W. C., *Psychophysiology of Sleep and Dreams*, în : *American Handbook of Psychiatry* (S. Arieti, ed.), Basic Books, New York, London, 1966, p. 290—332.

Fraisse, P. și col., *Le rhytme veille-sommeil et l'éstimation du temps. Cycles biologiques et psychiatrie*, Symp., Bel-Air Genève, 1967, Paris, Masson, 1968, p. 257—266.

Freud, S., *Introduction à la psychanalyse*, Paris, Payot, 1923.

Gschwind, M., *Untersuchungen über Veränderungen der Chronognosie im Alter*, Disertation, Basel, 1948.

Halberg, G., *Symposium on rhytms. Proceedings of the IV-th Panamerican Symposium on Pharmacology and Therapy*, Mexico City, Excerpta Medica Foundation, 1969, 185, p. 7—39.

Ionescu, G. *Biocronometrie și trăirea timpului în psihopatologie, Analele Universității București*, Filozofie, 1981, 30, p. 65—77.

Ionescu, G., *The experience of time in ontogenesis and psychopathology*, „Revue Roumaine des Sciences Sociales", série de Psychologie, 1982, 26, 1, p. 55—66.

Janet, P., *L'évolution de la mémoire et de la notion du temps*, Paris, Maloine, 1928.

Kant, Imm., *Critica rațiunii pure*, București, Edit. științifică, 1969.

Lang, J. L., *Esquisse d'un abord structural des états déficitaires. Confrontations Psychiatriques*, 1973, 10, p. 31—51.

Lungu, Al., *Adaptarea temporală a omului*, în : *Omul în lumea contemporană* (red. St. M. Milcu), Bucureşti, Edit. ştiinţifică, 1972, p. 95—110.
Minkowski, E., *Traité de psychopathologie*, Paris, Press. Univ. France, 1966.
Morali-Daninos, A., *L'évolution dans le temps des souvenirs pathologiques*, în : *Psychosomatique et chronicité* (red. P. Aboulker et col.), Maloine, Paris, 1964, p. 117—122.
Popoviciu, L., *Somnul normal şi patologic* Bucureşti, Edit. medicală, 1972.
Popoviciu, L., *Visul. Probleme de fiziologie, psihologie şi patologie*, Cluj-Napoca, Edit. Dacia, 1978.
Ralea, M., *Amînarea, condiţie specifică a psihologiei umane. Scrieri din trecut în filozofie*, Bucureşti, E.S.P.L.A., 1957, p. 160—194.
Ralea, M., *Ideea de timp în conştiinţa modernă. Scrieri din trecut în literatură şi filozofie*, Bucureşti, E.S.P.L.A., 1958, p. 39—52.
Roşca, Al., *Percepţia timpului*, în : *Psihologie generală* (Al. Roşca, red.), Bucureşti, Edit. didactică şi pedagogică, 1976, p. 250—254.
Roffwarg, H. P. şi col., *Preliminary observations of the sleep-dream pattern*, în : *Problems of Sleep and Dream in Children*, Intern. Series of Monogr. on Child Psychiatry, New-York, 1964, 2, 60—72.
Vaschide, N., *Le sommeil et les rêves*, Paris, Flammarion, 1918.
Zazzo, R., *Les débiles mentaux*, Paris, Esprit, 1965, p. 624—659.

Capitolul IX

PSIHOLOGIE CLINICĂ DIFERENȚIALĂ

A. Eogenie și endogenie în psihopatologia clinică

1. Importanța factorilor psihostressanți și frustranți în etiologia și patogenia tulburărilor psihice

Concepția potrivit căreia tulburările psihice sînt rezultatul exclusiv *al eredității* sau *al influențelor exercitate de mediu* nu mai poate fi susținută de psihopatologia clinică științifică. Este un fapt cunoscut că separarea elementelor ereditare de cele achiziționate, învățate, adică separarea genotipului de fenotip, nu poate fi realizată în nici o perioadă a existenței. Mediul își poate exercita influența chiar și în perioada intrauterină, prin diversele noxe (toxice, traumatice etc.), acțiunea lor putînd fi hotărîtoare pentru viitoarea ființă umană. Actualmente, știința a depășit concepția fixității eredității, existînd posibilitatea ca unele calități, însușiri și trăsături considerate ereditare și deci în mare măsură „fixe", să fie modificate și chiar înlocuite (B. S. Bloom, 1966; Anne Anastasi, 1967). Se vorbește, astfel, tot mai mult în ultimii ani de „mutații biologice", cum ar fi, de pildă, fenomenul de „accelerație biologică", ce se manifestă cu precădere în țările avansate din punct de vedere economic, și care modifică atît unele date medii biometrice (ex. talia), cît și timpul de maturizare sexuală, dezvoltarea organismului etc. (Șt. Milcu, 1966).

Cercetările efectuate asupra gemenilor monozigoți au adus puternice argumente în favoarea tezei relativității factorului biologic-ereditar, evidențiindu-se cu această ocazie diferențe sensibile între ei, mărimea acestor diferențe fiind direct proporțională cu diferența condițiilor de mediu în care au fost crescuți. Astăzi, este incontestabil faptul că nici un conținut psihic nu se moștenește; pe cale ereditară se transmit doar predispoziții care numai în condiții de mediu favorabile devin și realități. Ideea aceasta, a *labilității* zestrei ereditare individuale, nu trebuie considerată însă în sens absolut: în domeniul psihopatologiei clinice mai ales, ereditatea poate pune limite clare și precise în calea dezvoltării fizice și sociale a omului. Astfel, malformațiile sau defectele înnăscute ori moștenite (cum ar fi infirmitățile și deficiențele senzoriale etc.), care au un caracter de ireversibilitate în esența lor, nu pot fi contrabalansate de nici un fel de influență a mediului.

Zestrea ereditară a unui individ nu acționează niciodată nemijlocit asupra formării personalității și, bineînțeles, nici asupra deformării ei, ci întotdeauna prin intermediul factorilor psihosociali și culturali de mediu. Individul care prezintă, de pildă, un handicap senzorial se află din punct de vedere social într-o situație specială: realizează cu greutate atît comunicarea cu semenii, cît și aprecierea corectă a celor ce se petrec în jurul său. Un astfel de ins trăiește adesea, în plan subiectiv, un puternic sentiment

de inferioritate, care-l face timid, susceptibil, neîncrezător în forţele proprii, aceste stări putînd culmina cu instalarea unei veritabile nevroze anxioase sau a unor stări paranoide.

2. Etiologia plurifactorială în patologia mintală

Factorii exogeni şi cei endogeni formează o unitate dialectică interconditionîndu-se în mod variat în etiopatogenia bolilor psihice, starea de boală fiind determinată de un ansamblu de cauze dintre care unele au, în funcţie de boală, un rol *determinant*, iar celelalte un rol *predispozant* sau *favorizant*. Dintre acestea din urmă menţionăm grupa factorilor externi (bolile somatice, intoxicaţiile, infecţiile, surmenajul) şi grupa factorilor interni, legaţi de modificarea reactivităţii în urma acţiunii repetate sau prelungite a unor factori psihotraumatizanţi — conflictuali, frustranţi şi stressanţi —, apăruţi în mediul familial sau la locul de muncă. Trebuie respinse, prin urmare, tendinţele unor autori de a împărţi în mod tranşant bolile psihice în exogene şi endogene, conform unui principiu monocauzalist îngust, ignorîndu-se astfel unitatea dialectică a relaţiei organism-mediu. Totodată, „împărţirea factorilor care condiţionează apariţia bolilor psihice în interni şi externi este relativă, deoarece o serie de boli psihice cu mare potenţial invalidant (ca schizofrenia, parafrenia, paranoia, sau unele forme ale psihozei maniaco-depresive) nu sînt întotdeauna provocate în mod exclusiv de condiţiile interne şi ca atare exprimarea lor clinică apare uneori favorizată de acţiunea unor factori externi (infecţioşi, toxici, traumatici" (V. Predescu, 1976). De asemenea, nu se poate vorbi de o „etiologie lineară" (A. V. Snejnevski, 1972), deoarece în bolile psihice, ca dealtfel în orice alt gen de afecţiune, nu se constituie o relaţie simplă între agentul patogen (infecţie, traumă) şi starea morbidă. În această relaţie intervin o varietate de factori legaţi de reactivitatea organismului, de constituţia somato-psihică a acestuia, de condiţiile interne şi externe în care complexul factorilor etiologici acţionează asupra organismului. Aşa se explică de ce „dintr-o multitudine de subiecţi supuşi unor traume pshice puternice sau îndelungate, numai un număr restrîns prezintă tulburări psihice şi acestea de intensitate foarte diferită. Astfel, la unii se instalează doar stări nevrotice uşoare şi de scurtă durată, alţii reacţionează brutal prin stări de şoc emoţional urmat de tulburări nevrotice prelungite sau stări depresive, stări paranoide etc." (V. Predescu, 1976).

Putem spune, aşadar, că, deşi factorii cauzali pot fi împărţiţi în interni şi externi, în apariţia bolilor psihice, în mai mare măsură decît în alte afecţiuni, contextul biologic, psihologic şi sociocultural constituie cadrul vast în care intricarea cauzelor interne şi externe, a unor factori de risc şi a unor condiţii particulare — care trădează prezenţa unor atmosfere familiale tensionate, a unor raporturi interindividuale conflictuale, a unor puternice sentimente de frustraţie —, poate duce la apariţia unor stări psihopatologice foarte diferite ca intensitate şi evoluţie (ex. nevroze, stări psihice reactive, psihopatii, stări psihopatoide, toxicomanii etc.). Studiile din acest domeniu ne relevă faptul că cei mai mulţi cercetători consideră că factorii care condiţionează apariţia bolilor psihice pot fi împărţiţi, în general, în următoarele grupe : a) factori ereditari, responsabili de apariţia unor oligofrenii (sau cu rol predispozant în apariţia schizofreniei, psihozei maniaco-depresive, parafreniei, paranoiei, psihopatiilor

constituţionale), b) factori *congenitali* care pot fi infecţioşi, medicamentoşi, toxici etc., c) factori *perinatali* şi *postnatali* (traumatisme obstetricale, infecţii, intoxicaţii), care pot constitui cauzele unor forme de encefalopatie infantilă şi a anomaliilor de dezvoltare psihică şi neuromotorie, d) factori *ecologici*, legaţi de artificializarea mediului, poluarea lui cu noxe fizice, chimice etc., implicaţi într-o serie de afecţiuni psihice marginale, e) factori *sociali*, din rîndul cărora evidenţiem contribuţia factorilor psihostresanţi, conflictuali şi frustranţi la etiologia şi patogenia tulburărilor psihice.

Comportamentul uman este ancorat într-un complex de tendinţe şi trebuinţe care nu prezintă însă acelaşi grad de intensitate şi aceeaşi importanţă pentru individ. Forţa şi valoarea trebuinţelor, diferite de la individ la individ, determină, într-o măsură, natura şi intensitatea procesului de „acomodare" la ambianţă. În general, procesul de acomodare poate fi privit ca un efort depus pentru găsirea unor soluţii sau rezolvări corespunzătoare. Într-o accepţiune mai simplă a termenului, procesul de acomodare constă în complexul de acţiuni sau activităţi realizate în sensul satisfacerii motivelor, tendinţelor sau trebuinţelor proprii. Conceptul de „acomodare" nu implică însă numai activitatea intelectuală de soluţionare a problemelor ivite; acomodarea presupune participarea şi a instanţelor afective şi volitive ale personalităţii, a acelor stări sufleteşti şi reacţii comportamentale care apar, de obicei, în situaţiile de constrîngere, contrariere şi blocare, datorită cărora oamenii nu reacţionează şablon, pe baza unor deprinderi stereotipe. Cînd exigenţele realităţii obiective exterioare ating sau depăşesc limitele de rezistenţă a individului, sau cînd trebuinţele şi scopurile acestuia întîlnesc, în calea realizării lor, obstacole exterioare sau interioare importante, adaptarea ni se înfăţişează sub aspectul dominant al acomodării.

În situaţiile în care un scop important nu poate fi complet realizat, iar subiectul respectiv trăieşte acut efectele sentimentului de a fi nedreptăţit, se vorbeşte de „frustraţie". Dacă viitoarea bunăstare a individului este ameninţată de un pericol anticipat, este vorba de un „stress psihologic" iar cînd trebuinţele intrate în competiţie sînt de intensitate egală şi de orientări opuse, se vorbeşte de „conflict".

3. Intercondiţionarea fenomenelor de frustraţie, conflict şi stress în patogenie

Fenomenele de „frustraţie", „conflict" şi „stress" sînt în raporturi de *intercondiţionare dialectică*, fiecare dintre ele putînd fi consecinţa celuilalt. „Frustraţia" se dezvoltă din conflict (gratificarea uneia din cele două tendinţe intrate în competiţie implică frustrarea celeilalte), generîndu-l la rîndu-i (mai ales atunci cînd starea de frustraţie este rezultatul unui act de atribuire subiectivă, nejustificată, a intenţiei răuvoitoare). Fenomenul de „stress" urmează, de regulă, stărilor de conflict şi frustraţie, îndeosebi atunci cînd acestea persistă o perioadă mai lungă de timp sau cînd ating un anumit prag de complexitate şi intensitate. Nu putem nega însă şi posibilitatea ca „stressul" să stea la originea fenomenelor de conflict şi frustraţie ca, de exemplu, în acele împrejurări cînd, fiind într-o puternică stare de depresie, de anxietate, persoana este „înclinată" să intre mai uşor în conflict cu semenii, să interpreteze diferitele situaţii concrete ca fiind frustrante. Raporturile de interdependenţă existente între fenomenele de frustraţie, conflict şi stress nu trebuie să ne ducă însă la identificarea lor,

așa cum procedează unii psihologi (J. Brown, L. E. Farber, 1951; K. Lawson, 1965), sau la lărgirea exagerată a sferei noțiunii de frustrație, înglobînd în ea toate cazurile de obstacole sau de interferențe care împiedică obținerea obiectului-scop. „Conflictul" reprezintă doar condiția generală care poate duce la instalarea stării de frustrație; pentru a se produce frustrația trebuie să aibă loc acea „priză" de conștiință motivațională prin care se atribuie *conduitei persoanei* frustrante o intenție răuvoitoare sau prin care se găsește cauza privării în interiorul nostru, în propriile inaptitudini și incapacități. În acest înțeles, fenomenul frustrației este specific lumii umane el implicînd, de cele mai multe ori, un raport social direct în care bariera, obstacolul se identifică cu persoane concrete considerate, pe drept sau pe nedrept, rău intenționate față de individul frustrat. Pentru toate celelalte situații, în care obstacolul are caracter impersonal, și „eșecul", „insuccesul" nu este resimțit sub forma sentimentului privațiunii sau deposedării, sînt adecvați termenii de „sentiment al eșecului", „senzație a propriei neputințe" etc.

Toate aceste trei fenomene (conflictul, frustrația și stressul) constituie *trepte diferite* ale unei *scări de rezistență* psihofiziologică individuală la amenințare și implică o *coloratură afectivă* specifică. a) Situației neașteptate exterioare, care exprimă conflictul dintre individ și ambianță, îi corespunde treapta de „instigație", care dă naștere unei activități de explorare, de investigare. b) Persistența sub forma unui obstacol sau a unui pericol a situației provocatoare dă naștere pragului de „amenințare" sau de „frustrare", care se traduce prin sentimentul de alarmă, teamă legat de integritatea eului; la acest prag, se produce o intensificare a motivației și a tensiunii emoționale, care poate determina o schimbare în orientarea comportamentului: de la rezolvarea problemei, a sarcinii, către sine, în vederea păstrării integrității psihice. c) Atunci cînd prin reacțiile comportamentale adoptate nu se obține o schimbare a situației obiective, se ajunge la pragul de „stress" propriu-zis, identificat cu perceperea pericolului, în care starea emoțională atinge intensitatea anxietății sau a panicii; în acest stadiu, sporirea solicitării psihice afectează în sens negativ relațiile cu semenii, atitudinea față de sine însuși, ceea ce se observă din tendința spre rigiditate a răspunsurilor, incapacitatea de valorificare a experienței proprii sau a altora, inflexibilitate etc. Acumularea treptată a oboselii, accentuarea fricii, suferința, lipsa de speranță etc., duc la instalarea „pragului de epuizare", în care activitatea constructivă se reduce la minimum, mecanismele de apărare devenind insuficiente.

Trăirea tensiunii afective la diferite niveluri de intensitate — cel al „conflictului", „frustrației" sau „stressului" — depinde, nu atît de natura și forța de acționare a factorilor contrarianți și frustranți, cît mai ales de gradul maturizării afective și morale a subiectului, de gradul organizării și integrării sociale a personalității acestuia, de nivelul aspirației individuale intrate în conflict și de semnificația acordată factorilor conflictuali și frustranți de către subiect, prin procesul de evaluare și interpretare. Astfel, se dovedesc frustrate, mai ales persoanele egoiste și revendicative care nu reușesc, datorită egocentrismului lor psihologic exagerat, să se autoaprecieze corect, să se transpună în conștiința altuia, să adopte punctul de vedere al semenului, chiar atunci cînd acesta întrece în obiectivitate și justețe propriul punct de vedere. Din această incapacitate de înțelegere și asimilare a trăirilor și motivațiilor altora rezultă și acele atitudini de

„raţionalizare", în sensul justificării prin argumente, în aparenţă logice, a unor tendinţe egoiste, meschine.

Clinica diverselor afecţiuni arată că în etiologia acestora un rol mai mare sau mai mic îl joacă factorii psihotraumatizanţi, de tipul conflictelor, frustrărilor şi agenţilor stressanţi. Este cunoscută, de pildă, importanţa deosebit de mare a acestor factori în tulburările psihosomatice (hipertensiune arterială, boală ulceroasă etc.), în afecţiunile hepatice, renale, cardiace ca şi în bolile de metabolism. În toate aceste cazuri, trauma psihică nu constituie însă factorul etiologic principal şi determinant; ea nu face decît să accentueze acţiunea principalilor factori etiologici, specifici bolilor respective. În schimb, într-o serie de alte afecţiuni, trauma psihică reprezintă principala cauză a bolii, deşi apariţia ei poate fi favorizată şi de alte noxe. Astfel, în nevroze, în stările psihice reactive, în psihopatii, în stările psihopatoide, situaţia psihotraumatizantă constituie punctul de plecare al bolii, determinînd simptomatologia ei principală.

Nevoia de recunoaştere a realizărilor, aprobarea pe care o aşteptăm din partea colectivului şi indiferenţa, neîncrederea sau ostilitatea, dau naştere conflictului emoţional, cu tensiune nervoasă corespunzătoare. Incapacitatea de a continua o acţiune din cauza unui obstacol (exterior sau interior), imposibilitatea de a pune în acord trebuinţele interne cu cele ale ambianţei, discrepanţa dintre posibilităţi şi solicitare etc., sînt tot atîtea situaţii care produc conflicte emoţionale.

Restabilirea echilibrului poate fi realizată numai dacă vom reuşi să repunem creierul în situaţia de a controla emoţiile, de a efectua o selecţie şi o interpretare judicioasă a mesajelor, condiţie indispensabilă ajustării răspunsurilor la calitatea şi intensitatea stimulilor interni sau externi. Afirmarea sau consolidarea în conştiinţa bolnavului a importanţei sarcinilor care îi stau în faţă şi a posibilităţii de a le aduce la îndeplinire, poate juca un rol important în tratamentul nevrozelor. Generînd o astfel de dominantă putem evita perseverarea bolnavilor în cele trăite, putem evita apariţia unor modificări ale personalităţii în totalitate, în sensul instabilităţii ei, putem evita obişnuinţa cu fenomenele nevrotice proprii (concentrarea atenţiei asupra fenomenelor patologice poate duce, se ştie, la accentuarea lor şi la agravarea stării generale a suferindului). Măsurile de profilaxie a nevrozelor trebuie să prevadă, în plus şi acţiuni propriu-zise de combatere a tuturor factorilor care prin existenţa lor pot produce conflicte emoţionale şi suprasolicitări nervoase. În acest sens, deschiderea faţă de semeni şi renunţarea la egoism, înţelegerea corespunzătoare atît a ceea ce ni se cuvine cît şi a ceea ce datorăm în plan social, stimularea succesului în activitate, „sancţiunile premiale" (M. Ralea, 1962), prin emoţiile pozitive pe care le generează, pot constitui tot atîtea elemente menite să instaureze condiţiile unui armonios climat social, precum şi încrederea în forţele proprii şi interesul în munca de fiecare zi.

Bibliografie

Anastasi, Anne, *Individual Differences*, New York, John Wiley and Sons, 1967.

Bloom, B. S., *Stability and Change in Human Characteristics*, New York, John Wiley Comp., 1966.

Brânzei, P., *Itinerar psihiatric*, Iaşi, Edit. Junimea, 1975.

Brown, J. Farber, L. E., *Emotions conceptualized as intervening variables with suggestion toward a theory of frustration*, în : „Psych. Bull.", 48, 1951.

Lawson, K., *Frustration. The Developement of a Scientific Concept*, New York, McGraw-Hill, 1965.

Milcu, St., *Genetica şi pedagogia*, „Revista de pedagogie" nr. 3, 1966.
Minkowski, E., *Traité de Psychopathologie*, Paris, P.U.F., 1966.
Predescu, V., *Clasificarea bolilor psihice şi unele probleme de etiologie şi evoluţie*, în *Psihiatrie* (red. V. Predescu), Bucureşti, Edit. medicală, 1976.
Ralea, M., Hariton, T., *Sociologia succesului*, Bucureşti, Edit. ştiinţifică, 1962.
Kerbikov V. şi colab. *Psychiatrie*, Moscou, Edit. Mir, 1972.

B. Psihologia bolnavului cu tulburări senzorio-motorii de origine centrală

Între nivelul senzorial propriu-zis sau cel efector cerebral şi nivelul superior de decizie, în creierul uman se intercalează niveluri intermediare de integrare. Caracteristica lor constă în construirea unor *modele*, scheme complexe, care pe plan senzorial permit recunoaşterea globală, iar pe plan motor prefigurează o acţiune. Funcţiile acestor niveluri se numesc pentru senzorium „gnozii", pentru motricitate „praxii". În cadrul sistemului specializat de comunicare, care este limbajul, se combină de asemenea un sistem superior de decodare cu unul efector de incodare. Acest sistem al limbajului se situează deasupra celor gnozice şi praxice, la individul normal fiind strîns legat de funcţiile de decizie.

Spre deosebire de funcţiile superioare unde surprindem numai rar şi parţial suportul anatomic localizat, gnoziile, praxiile şi chiar limbajul pot fi localizate în creier, desigur nu în mod absolut. Leziunea unei zone bine determinate va genera o *agnozie*, o *apraxie* sau un tip de *afazie* anumit.

1. Agnoziile sub unghi neuropsihologic

Termenul *agnozie* în neuropsihologie defineşte o tulburare a recunoaşterii excitaţiilor venite din mediul extern sau intern. Pentru a putea diagnostica o agnozie trebuie ca organul de simţ, căile de transmisie şi nivelul primar de integrare cerebrală să fie intacte. Nu se poate discuta de agnozie vizuală la un bolnav cu nervii optici secţionaţi.

Agnoziile diferă după funcţia atinsă (vizuală, auditivă), după laturi ale funcţiei (culoare), după funcţii speciale (orientarea pe hartă).

1.1. *Agnoziile vizuale* : a) *Agnozia vizuală-tip* : nerecunoaşterea obiectelor şi imaginilor, de obicei într-un singur cîmp vizual *(hemiagnozie)*. La prezentarea unui obiect în hemicîmpul vizual atins bolnavul spune că vede ceva, dar nu ştie ce. Din obiectele răspîndite pe o masă, din cele din cameră sau la proba Poppelreuter şi variantele ei, nu poate numi decît pe cele din cîmpul vizual intact. Grade de gravitate a tulburării :

— *Inatenţie vizuală unilaterală* sau neglijarea vizuală unilaterală, în care bolnavul poate spune ce este numai dacă i se atrage atenţia, în mod spontan neglijînd obiectele din acea parte. De asemenea, le recunoaşte izolat în fiecare cîmp; dar nu-l observă pe cel din cîmpul atins dacă se prezintă concomitent.

— *Agnozia vizuală unilaterală*, în care obiectul nu este recunoscut în hemicîmpul respectiv, nici dacă obiectul e singur și i se atrage atenția bolnavului. Apar diferențe între leziunile din dreapta și din stînga (G. Gainotti și R. Ibba, 1968).

— *Asocierea unei hemianopsii cu hemiagnozie* împiedică conștientizarea deficitului hemianopsic, producînd anozognozia hemianopsiei. Bolnavul nu caută să vadă prin deplasarea cîmpului conservat.

— *Agnozia vizuală bilaterală*, foarte rară, permite recunoașterea numai drept în față. Apare în leziuni bilaterale occipitale sau rar în cele din stînga.

Localizarea hemiagnoziilor este parietală posterioară sau parieto-occipitală de partea opusă tulburării.

b) *Agnozia vizuală pentru întreg* (simultanagnozia): obiectele mari nu sînt recunoscute, cele mici și detaliile nu pun probleme.

c) *Agnozia pentru culori* apare în fazele de remisiune ale agnoziilor vizuale. Formele sînt recunoscute, culorile nu.

d) *Prosopagnozia* constă în nerecunoașterea figurii persoanelor prezente sau a fotografiilor. Identificarea se face după voce sau îmbrăcăminte. Apare în leziuni occipitale sau occipito-parietale ale emisferului minor.

e) *Agnoziile vizuo-spațiale*: a. *generalizate*, cu incapacitate de a percepe relații spațiale; b. *agnozia pentru hărți și planuri* cu *pierderea memoriei topografice* apare în leziunile răspîntiei parieto-temporo-occipitale. Bolnavul nu desenează o jumătate a hărții, uită să pună orașele din acea jumătate sau le pune în cealaltă, descrie imobilele importante numai de pe o jumătate a unei străzi; c. *Pierderea memoriei vizuo-spațiale* cu imposibilitatea de a-și reprezenta vizual un obiect; este o formă rară, întîlnită în leziuni grave occipitale bilaterale.

f) *Cecitatea corticală și sindromul Balint*: a. cecitatea corticală constă în imposibilitatea de a vedea *conștient* cele din jur, bolnavul avînd impresia că vede, uneori confabulînd; b. sindromul Balint, cu imposibilitate de a urmări conștient cu privirea, de a fixa un punct și asociat cu inatenția vizuală se poate combina cu precedenta, dînd forme de tranziție. Apar în leziuni occipitale bilaterale sau în cele din stînga cu atingerea conexiunilor interemisferice.

1.2. *Agnozii senzitive* în cadrul cărora se înscriu:

Astereognozia cînd de partea opusă a unei leziuni parietale anterioare apare imposibilitatea de a recunoaște un obiect prin pipăire și *ahilognozia* datorită căruia pacientul nu poate deosebi grosimea, greutatea și rugozitatea obiectului.

1.3. *Tulburări somatognozice*: a) *Asomatognozia*: bolnavul nu recunoaște părțile propriului corp de partea opusă leziunii.

b) *Anozognozia hemiplegiei*: nu știe că e paralizat, *anozodiaforia*: nu acordă importanță paraliziei și *autotopoagnozia*: nu poate descrie partea paralizată; tulburările apar mai ales în leziunile emisferului drept, lobul parietal. Se pune problema importanței emisferului nedominant în integrarea informațiilor primite din spațiul corporal personal.

c) *Tulburările schemei corporale*, cu aceeași localizare ca precedentele, pot fi *neparoxistice*, mai marcate la membrul superior, în care bolnavul neavînd conștiința dimensiunilor corpului său se lovește de mobilă sau se ferește exagerat, iar subiectiv simte o dilatare sau micșorare, senzații de forță exagerată sau de trup straniu. Cele *paroxistice* nu sînt legate numai

de emisferul minor şi se manifestă ca absenţa, dilatarea sau micşorarea unui membru, ca plutire, dezintegrare etc. Membrul fantomă al amputaţilor ocupă un loc intermediar.

d) *Agnozia digitală*, în care degetele proprii sînt confundate cu ale examinatorului, e specifică emisferului dominant, poate în legătură cu număratul pe degete, legat de limbaj.

1.4. *Agnoziile auditive*. Sînt cele mai rare, din cauza repartiţiei mai puţin riguros emisferice a senzaţiilor auditive în fazele superioare de integrare.

a) *Agnozia auditivă totală* : nu discriminează sunetele între ele şi nu le localizează ; b) *agnozia muzicală*, limitată la sunetele muzicale şi memorizarea lor, şi *agnozia* c) *zgomotelor*, care sînt resimţite deosebit de muzică, dar nu sînt discriminate între ele.

Studiul agnoziilor permite separarea unei părţi a procesului perceptiv, prin localizarea unui nivel de integrare situat deasupra receptorului cortical primar.

2. Apraxiile sub unghi neuropsihologic

Apraxiile sînt tulburări ale nivelului de organizare a schemelor motorii. În examinarea lor trebuie să se ţină seama de integritatea funcţiei motorii elementare.

2.1. *Apraxii globale* : a) *Apraxia ideomotorie* constă în imposibilitatea de a executa, la cerere, acţiuni şi unele gesturi, deşi bolnavul le poate descrie şi chiar efectua spontan într-o oarecare măsură. Se examinează *gesturi simbolice* (salutul militar), *acţiuni intranzitive* (fără obiecte), ca imitarea formării cu degetele a unui cerc sau a unei verigi, acţiunea cum se bate un cui sau se aprinde o ţigare, şi *acţiuni tranzitive* (cu un obiect), ca plierea unei foi de hîrtie, aprinderea unui chibrit. Activitatea motorie spontană este tulburată numai în detalii de executare. În activitatea motorie la cerere acţiunile intranzitive sînt grav atinse, cele simbolice şi tranzitive mult mai puţin sau deloc ; descrierea mişcării este posibilă. Localizări : în apraxia ideomotorie bilaterală, leziunea se află în lobul parietal, emisfer dominant ; în apraxia ideomotorie homolaterală şi hemiplegie contralaterală, leziunea este localizată fronto-parietal, hemisfer dominant ; în apraxia ideomotorie stîngă, leziunea se află în corpul calos.

b) *Apraxia ideatorie* : acţiunile nu se pot executa şi nici descrie. Toate acţiunile, tranzitive, intranzitive, la cerere sau spontane sînt tulburate. Rămîn intacte numai unele automatisme. Descrierea succesiunilor de mişcări dintr-un act motor devine imposibilă. Localizarea este parieto-temporală, hemisfer dominant.

c) *Apraxiile constructive* : dificultate de a construi, desena, ordona. Se fac probe de desen copiat şi la cerere, figuri din beţe de chibrituri, construcţii cu cuburi şi teste de spaţialitate. Trebuie să se poată judeca dreapta-stînga, sus-jos şi perspectiva pe modelele cerute.

Localizarea apraxiilor constructive este parietală mijlocie şi posterioară. Există o strînsă legătură între apraxiile constructive şi spaţialitate, funcţia gnozică, dar şi praxică. Ipoteza că emisferul nedominant ar fi predominant în spaţialitate nu s-a confirmat.

2.2. *Apraxii localizate.* a) *Apraxia facio-buco-linguală (şi guturală)* se caracterizează prin incapacitatea de a realiza voluntar mişcările feţei, buzelor, obrajilor, limbii şi gîtlejului. Se asociază deseori cu afaziile nefluente, agravîndu-le prognosticul. Localizare, în partea inferioară a zonei motorii din hemisferul dominant în condiţiile unor leziuni repetate sau bilaterale (E. De Renzi şi colab., 1966).

b) *Apraxiile mimicii, deglutiţiei voluntare, globilor oculari* sînt rare.

Apraxiile pot fi corectate prin exerciţii speciale, cea buco-linguală prin exerciţii de gimnastică a feţei. Creierul are o mare capacitate de compensare pentru agnozii şi apraxii, persistenţa lor indicînd fie o leziune evolutivă, fie leziuni multiple.

3. Afaziile sub unghi neuropsihologic

Afaziile sînt tulburări expresive şi receptive dobîndite ale limbajului logic vorbit şi scris, produse de leziuni cerebrale ale zonelor specifice din hemisferul dominant. Limbajul afectiv este conservat.

3.1. *Noţiuni lingvistice în legătură cu afazia. Cele 4 funcţii de bază ale limbajului* care pot fi atinse în afazie sînt: înţelegerea (decodarea) celor spuse de interlocutor, exprimarea (încodarea) verbală, lexia (decodarea) celor scrise, grafia (încodarea scrisă).

Nivelurile lingvistice. Limbajul articulat al omului cuprinde o treaptă nesemantică (foneme sau litere) şi una semantică (cuvinte şi sintagme). În simptomatologia afaziei se evidenţiază nivelurile din cadrul lor.

Nivelul fonematic: foneme luate izolat. Erorile din afazie apar pe baza înrudirilor fonemelor (d-t, r-l, t-k, s-ş etc.).

Nivelul fonologic: în afazie legile grupării fonemelor pun probleme la încodarea (inclusiv scrisul) diftongilor şi grupelor bi- şi tri- consonantice. În general afazicul preferă succesiunea consoană-vocală.

Nivelul silabelor, articulator: unii afazici transcriu silaba printr-o singură literă.

Nivelul cuvîntului: este tulburat ca formare (grupare corectă a fonemelor), cît şi ca articulare sau decodare, ca legătură între formă şi sens, ca sferă şi cîmp semantic. Flexiunile lui gramaticale (nivelul morfemic) sînt un element de disgramatism.

Nivelul sintagmelor: al grupării cuvintelor, care îmbogăţeşte sensul şi creează fluenţa, poate fi tulburat în afazie, fie în sensul sărăciei sintagmelor, fie în cel al incorectitudinii lor.

Nivelul semantic: la afazici cuvintele ce poartă sens propriu sînt reduse, cele operaţionale sau modificatoare de sens sînt greşit şi slab utilizate (A. Kreindler şi L. Mihăilescu, 1970), substitutele apar în exces, ca şi cuvintele cu care se cîştigă timp, cele afective, cele care comentează întrebarea sau răspunsul. Proporţia de cuvinte ininteligibile, de repetări, stereotipii verbale, neadecvate etc. este crescută. În privinţa decodării, afazicii înţeleg mai bine cuvintele purtătoare de sens propriu şi decodează greu pe cele operaţionale, deci şi nuanţele sintagmei întregi.

3.2. *Noţiuni anatomice în legătură cu afazia.* Legătura dintre porţiunea superioară a lobului temporal al emisferului dominant şi limbaj (sau tulburările de limbaj) este de mult demonstrată. Zona anterioară (Broca) e legată de exprimare şi fluenţă, cea posterioară (Wernicke) — de înţele-

gere și denumire, scrisul — de porțiunea cea mai anterioară, cititul — de cea postero-superioară *(gyrus angularis)*. Dar acestea nu par a constitui un „centru al limbajului", ci ar fi zone de trecere preferențială, în care se realizează anumite legături între circuitele neuronale, prin care trec impulsele legate de limbaj. Formate în prima copilărie, pe fondul genetic specific uman, legate de dominanța emisferică, ele se mai pot transfera de partea opusă în primii 5 ani de viață, ceea ce pledează împotriva unor centri în sensul motor sau senzorial. Tot în această direcție ne-ar orienta tulburările afazice din nucleii talamici (G. A. Ojeman și colab., 1968).

3.3. *Examinarea bolnavului afazic.* Se poate face estimativ, calitativ, clinic sau pe baza unor metode cuantificate. Există numeroase metode de examinare, dar, pe drept obiectează M. Taylor-Sarno (1976), ea însăși autoarea unei metode obiective, cele mai multe concluzii eronate provin din metode subiective de examinare. I. Voinescu și colab. (1971) au pus la punct o metodă obiectivă pentru afazicii români, bazată pe : a) conversație în interviu-standard înregistrat în care se analizează caracteristici lingvistice (text, lexic, flexiuni și raportul dintre ele), parafaziile fonetice ca frecvență și comprehensibilitate, valoarea de comunicare (elementul cel mai important); b) teste de expresie verbală, recepție verbală, lexie și grafie. Remarcăm că valoarea testelor corespunde mai puțin adevăratei capacități de comunicare decît analiza interviu-ului standard. Pentru forme inaparente și cuantificarea tulburărilor receptive verbale se folosește Token-testul lui E. De Renzi și colab., 1962, adaptat la români (A. Kreindler și colab., 1971).

3.4. *Simptomele afaziei* : *Anomia*, dificultatea de a exprima cuvîntul adecvat, mai marcată pentru substantive, apare și pentru alte părți de cuvînt, în funcție de frecvență și familiaritate. Afazicul se oprește negăsind cuvîntul, folosește o perifrază („cu care tai" pentru cuțit), un substitut (asta, așa, aia), o stereotipie („nu știu") sau „trage la țintă" cu foneme, căutînd să nimerească cuvîntul adecvat.

Parafaziile sînt de două tipuri : a) *verbale*, folosirea unui cuvînt în locul altuia, deseori din același cîmp semantic; b) *fonetice*, substituirea sau lipsa unui fonem, foneme în plus sau cu poziție schimbată. Aceste schimbări pot face cuvîntul incomprehensibil, punînd problema unei „neoformații" verbale, deseori imposibil de diferențiat de parafazia fonetică gravă. Totuși, în evoluție devine uneori posibil : „scaun" trece prin fazele „tanașu", „șatamu", „ștamu", „stanu", „scanu", în decurs de o lună.

Stereotipiile verbale pot fi : *nesemantice* („dododo" sau „tititi") cu intonații afective corecte, formînd pseudofraze, *semantice simple* (mamă, doamne-doamne) sau *semantice complexe* („nu pot să spun", „nu știu"). Ele pot înlocui tot limbajul sau apar numai sporadic.

Perseverarea se manifestă în *expresie*, bolnavul răspunzînd cu același cuvînt, deși își dă seama că greșește și caută să se corecteze. Alteori, o formă gramaticală produce această *intoxicație*, ca genitivul sau persoana a doua plural (mai ales în cursul reeducării). În *recepție* se produce intoxicația cu un ordin sau o întrebare, toate răspunsurile afazicului referindu-se la primul dintr-o serie.

Disconexia cuvintelor este tendința unor afazici de a rosti cuvintele izolat, fără a le conecta în sintagme, persistînd numai sintagme stereotipe ca „nu pot să spun". Într-o fază intermediară apar forme verbale cu verbul

a fi, a avea sau a se duce, care leagă oarecum propoziţiuni. Disconexia este însoţită de lipsă de fluenţă, dar unii afazici nefluenţi reeducaţi pot trece printr-o fază cînd formează sintagme destul de bine, deşi deficitul de fluenţă este încă marcat.

Disgramatismul cuprinde două elemente : corectitudinea şi complexitatea gramaticală. În afaziile fluente complexitatea este păstrată, în cele nefluente ambele elemente suferă. Corectitudinea cuprinde mai multe niveluri : sintactic, al flexiunilor gramaticale şi acordurilor, al folosirii cuvintelor operaţionale etc.

Surditatea verbală este aspectul principal al tulburărilor receptive verbale. Decodarea mesajului auzit este deficitară, în funcţie de mai mulţi factori : a) cuvintele cu mai mulţi marcanţi (consoane) şi mai lungi se decodează mai uşor ; b) decodarea e mai bună pentru substantive decît pentru verbe şi mai ales prepoziţii şi conjuncţii ; c) mesajele la care afazicul se aşteaptă sînt mai bine decodate (context psihologic) ; d) mesajele redundante, mai bine decît cele eliptice ; e) mesajele care trezesc o motivaţie puternică.

Jargonafazia, care constă în folosirea unui număr mare de cuvinte ininteligibile (jargon) şi neadecvate, este asociată cu surditatea verbală, fiind consecinţa imposibilităţii bolnavului de a se auzi pe sine însuşi şi deci de a se corecta cînd greşeşte. Intervine însă şi un factor de „feed-back", de autocorectare prin „auzire" în creier, a cuvîntului programat să fie rostit.

Echolalia constă în repetarea, fie identică, fie cu mici schimbări, a celor spuse de interlocutor, chiar dacă afazicul nu a înţeles nimic.

3.5. *Afazia şi funcţiile psihice.* Legătura dintre tulburarea de limbaj şi funcţiile psihice a suscitat multe discuţii, părerile fiind împărţite. Un bolnav cu un deficit psihic poate face o afazie, ca în arterioscleroza cerebrală. Deficitul poate fi datorat pierderii de substanţă cerebrală, unei agnozii sau apraxii asociate afaziei. A. L. Benton (1967) recomandă folosirea unor teste neverbale şi selecţia subiecţilor, eliminînd sau ţinînd seama de asocierea altor sindroame (apraxii, agnozii) sau a tulburărilor psihice preexistente. Compararea performanţelor trebuie făcută şi cu lezaţi cerebrali neafazici.

La unii afazici se remarcă o reducere a performanţei de *atenţie*, atît la teste tip Bourdon-Amfimov, cît şi în privinţa mobilităţii (cu specificul unei inatenţii spre dreapta). Nu afazia, ci leziunea cerebrală în sine pare a fi incriminată. *Memoria*, relativ puţin atinsă, pare a fi ceva mai redusă în forma numită afazie amnestică.

Gîndirea afazicilor este identică cu cea a normalilor în privinţa tipurilor de strategie folosite, chiar dacă pe serii mari apare o frecvenţă mai mare a strategiilor inferioare. În condiţii normale afazicul raţionează normal, dar în situaţii noi unii afazici au dificultăţi. Pe grupuri de afazici se remarcă un deficit la testele neverbale de inteligenţă, care pare a fi în legătură numai cu gradul tulburării de decodare, nu şi de încodare (I. Voinescu, N. Gheorghiţă, 1975). Deci numai latura receptivă a limbajului ar interveni în gîndire. Menţionăm că în privinţa mobilităţii gîndirii, nu limbajul ci leziunea cerebrală produce deficitul.

Comportamentul afectiv al afazicilor se caracterizează printr-o exagerare a trăsăturilor premorbide, ce poate atinge intensităţi psihotice în rare cazuri.

K. Goldstein (1948) a afirmat că afazicii ar utiliza mai bine cuvintele legate de noţiuni *concrete*. Experienţa ne-a arătat că în realitate este vorba de un fenomen de frecvenţă şi familiaritate, majoritatea oamenilor folosind mai mult cuvinte concrete. Am observat afazici la care cuvinte abstracte se restabileau înaintea celor concrete, intervenind şi elemente motivaţionale, de preocupări permanente.

3.6. *Clasificarea afaziilor*. Deşi există peste 30 de clasificări ale afaziilor, niciuna nu este satisfăcătoare, deoarece fiecare afazic este un caz în sine, care prin evoluţie, trece dintr-o formă într-alta. Formele intermediare sînt cele mai numeroase. Majoritatea clasificărilor ţin seama şi de tulburările de decodare şi de cele de încodare, dar nu şi de evoluţie. Clasificarea cea mai folosită la noi este : a. afazii predominent expresive; b. afazii predominent receptive; c. afazii amnestice; d. afazii globale. În ultimii ani, pe plan internaţional, criteriul expresiv devine unic, afaziile fiind fluente sau nefluente. În practica recuperării folosim o clasificare personală dinamică.

a) *Afazii nefluente*. a. *Combinată cu apraxie buco-lingvală*. Foarte mari tulburări de exprimare încă de la nivel articulator. În cazurile favorabile evoluează spre stilul telegrafic, cu tulburări fonetice în plus, fluenţa redobîndindu-se foarte rar. b. *Forma Broca*. După o fază iniţială în care şi găsirea sau articularea cuvîntului sînt dificile, persistă dificultatea de a conecta cuvintele şi de a vorbi fluent. În cazurile favorabile evoluează spre stil telegrafic sau afazie amnestică de origine nefluentă. c. *Forma cu stil telegrafic* provine din cele precedente. După caz, pot persista mici tulburări fonetice sau de denumire, sau apar începuturi de conexie sintagmatică. În afaziile nefluente pot coexista tulburări receptive, în proporţii reduse de obicei, ca şi diferite tulburări de lexie şi grafie.

b) *Afaziile fluente*, numite şi de tip Wernicke, prezintă mari tulburări receptive asociate, cel puţin la începutul lor, ca şi proporţii variabile de dislexie şi disgrafie. Dar caracteristica lor principală rămîne asocierea în exprimare a anomiei cu o bună fluenţă. a. *Forma cu jargonafazie şi dislexie*, cea mai gravă, asociază tulburări receptive majore cu jargon, anomie, parafazii fonetice şi verbale. Evoluează greu spre o afazie amnestică cu tulburări fonetice asociate. b. *Forma cu jargonafazie fără dislexie* are simptome asemănătoare, dar conservarea funcţiei lexice măreşte şansele de evoluţie favorabilă. c. *Forma fără jargon*, cu tulburări receptive grave şi anomie, dar cu proporţie redusă de parafazii fonetice, evoluează de regulă spre afazia amnestică fluentă.

c) *Afaziile zise amnestice* (termenul e folosit deşi memoria este deseori intactă). Caracterizată prin anomie, fără alte tulburări marcate, poate fi iniţial amnestică sau rezultatul evoluţiei altei forme.

— *Afazia amnestică de tip fluent* : anomia, mai marcată la teste de denumire decît în conversaţie, poate bloca temporar fluenţa, care e bună în general. Se pot asocia mici tulburări fonetice sau receptive.

— *Afazia amnestică de tip nefluent* are o anomie mai marcată pentru verbe şi alte cuvinte decît precedenta, deşi deficitul substantivelor rămîne predominant. Fluenţa este parţial redusă. Anomia este mai marcată în conversaţie, deoarece reducerea uşoară a fluenţei nu permite folosirea perifrazelor şi a altor forme deturnate de a cîştiga timp. Provine din afazii Broca mai uşoare sau din forme mixte.

d) *Afaziile zise transcorticale* sînt forme *tranzitorii*, cu echolalie, care se transformă după cîteva zile sau săptămîni; a. *forma senzorială*: echolalie asociată cu mari tulburări receptive; b. *forma motorie*: conservarea repetării și citirii cu voce tare în contrast cu vorbirea spontană imposibilă. Tulburări receptive moderate.

e) *Afaziile mixte*. Foarte mulți afazici intră în această categorie, fie de la început, fie în cursul evoluției. Aspectul afazicului este nespecific unei forme la cele mai multe afazii mixte, cu excepția unui aspect mai specific, *afazia de conducție*, avînd tulburări receptive grave la început, dar cu remisiune rapidă, pe cînd tulburările expresive de tip anomic și cu parafazii ating grav și persistent vorbirea spontană. În mod paradoxal repetarea este absolut imposibilă, pe cînd spontan tot mai apar performanțe minore.

f) *Forme „pure" în afazie*. Deși s-au descris în afazie anartrii, surdități verbale, alexii sau disgrafii „pure", cazurile ridică dubii.

În general, credem că la un afazic este mai important să cunoaștem cantitativ performanțele lui de limbaj în diferite laturi, decît să încercăm să-l introducem neapărat în tiparul rigid al unei clasificări al cărei scop este mai mult didactic.

3.7. *Cîteva probleme asupra afaziei*: *Afazia dobîndită la copii*, la cei care au vorbit înainte de boală, se remite spontan pînă la 5—7 ani, uneori pînă la 12 ani. Predomină formele fluente.

Dislexia-disgrafia copiilor cu inteligență și condiții socioculturale normale este frecventă (25% în țări cu scriere nefonetică) și corectabilă prin metode adecvate. Fără a fi o afazie, s-ar datora unei „slăbiciuni funcționale" a lobului temporal stîng, deci a unor zone legate de limbaj.

Afazia la surdo-muți și nevăzători dezorganizează codul digital gestual labiolexia și respectiv citirea în Braille.

Afazia la poligloți. Limba cea mai utilizată în ultimul timp se reface prima, fiind și mai puțin tulburată ca performanțe expresive. În privința decodării diferențele între limbi bine cunoscute sînt foarte puțin marcate (I. Voinescu și colab., 1977). Factori circumstanțiali, motivaționali și legați de achiziția limbii respective pot modifica regula de bază.

3.8. *Recuperarea afazicilor*. În primele 3 luni la vasculari sau 6 luni la traumatici ne putem aștepta la o *recuperare spontană* parțială sau totală. Ulterior se mai pot efectua progrese, fie prin *antrenament nesistematic*, efectuat de familie și bolnavul însuși, dar mai ales prin *tratament sistematic* efectuat sub conducerea unui specialist, cu metode specifice. Nu există o certitudine că acest tratament ar grăbi recuperarea spontană, deși e probabil. Tratamentul sistematic combină metode psihoterapeutice cu altele pur tehnice, și este în primul rînd semantic (reface legătura sens-cuvînt și sens-sintagmă) și sintagmatic (leagă corect cuvintele între ele (I. Voiculescu și N. Gheorghiță, 1977). Metodele fonetice logopedice trebuie reduse la strictul necesar, putînd deveni nocive, iar cele globale (J. Wepman, 1972) sînt numai ajutătoare. Tehnicile se realizează prin stimulare, facilitare, creșterea motivației și fixare, ultima fiind cea mai dificilă. Momentul începerii și durata terapiei sînt individuale, dar terapia intensivă pare a fi preferabilă. În afara recuperării totale, la mulți afazici condiții defavorabile limitează obiectivul și rezultatele recuperării.

Bibliografie

Benton, A. L., *Problems of test-construction in the field of aphasia*, „Cortex", 1967, *3*, p. 32—58.

De Renzi, E., Pieczuro, A., Vignolo, L. A., *Oral apraxia and aphasia*, „Cortex", 1966, 2, p. 50—73.

Gainotti, G., Ibba, R., *Su alcune modificazioni di „negligenza" per l'emispazio da lesione emisferica sinistra*, „Giorn. Psihiatr. Neur", 1968, 96, p. 305.

Goldstein, K., *Language and language disturbances*, New York, Grune Stratton, 1948.

Kreindler, A., Mihăilescu, L., *Operational words en aphasics*, „J. neur. Sci.", 1970, 11, p. 275—284

Kreindler, A., Gheorghiță, N., Voinescu, I., *Analysis of verbal reception of a complex order with three elements in aphasics*, „Brain", 1971, 94, p. 375—386.

Ojeman, G. A., Fedio, P., Van Buren, J. M., *Anomia from pulvinar and subcortical parietal stimulation*, „Brain", 1968, 91, p. 99—116.

Taylor-Sarno, M., *The status of research in recovery from aphasia*, în : Lebrun Y., Hoops R (eds.), *Recovery in aphasics*, Amsterdam, Zeitlinger, 1976, p. 13—30.

Voinescu, I., Gheorghiță, N., Dobrotă, I., Bicescu, E., *An objective method of quantitative evaluation of the aphasic's verbal performance*, "Rev. Roum. Neur.", 1971, 8, p. 111—124.

Voinescu, I., Gheorghiță, N., *Thinking by aphasics*, „Rev. Roum. Neur. Psychiat.", 1975, 13, p. 255—266.

Voinescu, I., Gheorghiță, N., *Starting aphasia therapy after spontaneous recovery*, "Rev. Roum., Neur. Psychiat.". 1977, 15, p. 227—233.

Voinescu, I., Vish, E., Sirian, Sv., Maretsis, M., *Aphasia in a polyglot*, „Brain and Language" 1977, 4, p. 165—176.

Wepman, J., *Aphasia therapy : a new look*, „J. Speech. Hear. Dis.", 1972, *37*, p. 203—214.

C. Deficiențele mintale sub unghiul psihologiei clinice și al nosografiei psihiatrice

1. Evoluția concepțiilor asupra deficiențelor mintale

Fără intenția de a întreprinde o analiză asupra dezvoltării domeniului, considerăm că natura plurifactorială și diversitatea comportamentală a deficiențelor mintale nu poate fi înțeleasă fără a cunoaște, din perspectivă istorică, unele date esențiale. Acestea ne sînt necesare, întrucît servesc drept argumente ipotezei noastre, după care, domeniul deficiențelor mintale a aparținut inițial, integral, neuropsihiatriei, înregistrînd treptat o deplasare și o dezvoltare în ariile psihologiei și ulterior în acelea ale pedagogiei și sociologiei. Această deplasare s-a realizat pe măsura dezvoltării științelor antropologice și a perfecționării organizării sociale. Astfel, dacă inițial scopul esențial al asistenței consta în menținerea în viață a deficienților prin conservarea existenței (fizice), ulterior s-au făcut încercări terapeutice cu orientări etiologice, pentru ca apoi preocupările să înregistreze o deplasare spre cunoașterea psihologiei acestor copii în intenția stimulării surselor sanogenetice și înscrierii lor într-un mediu social adecvat, care să le permită actualizarea potențialităților și dezvoltarea posibilităților.

Istoria deficiențelor mintale urmează în linii generale evoluția ideilor asupra bolilor psihice, iar atitudinea societății față de deficienții mintal a fost multă vreme sinonimă cu aceea adoptată față de bolnavii psihici; pe de altă parte, condiția deficientului mintal și a bolnavului psihic în general a fost expresia orientării sociale generale a unei anumite culturi. Astfel, antichitatea greacă și romană avea atitudini total diferite față de copiii deficienți; dacă în Sparta aceștia nu se bucurau de nici un fel de toleranță, Roma antică impunea legi privind protecția lor.

Urmărind evoluţia concepţiilor şi atitudinilor asupra deficienţei mintale putem distinge şase perioade:

a) Între anii 1800 şi 1848 este *etapa comprehensiunii morale* cînd mişcarea socială de emancipare şi liberalizare a permis scoaterea bolnavilor mintali din lanţuri şi închisori, ocazionînd acţiunile umanitare ale lui Pinel şi Itard; se depun eforturi de individualizare şi delimitare nosografică a deficienţelor mintale, iar Esquirol descrie clinic idioţia şi imbecilitatea pe care le consideră stări deficitare congenitale opuse demenţelor, caracterizate prin pierderi înregistrate în timpul vieţii.

b) Perioada 1848—1900 marchează *etapa anatomo-clinică* în studiul deficienţelor mintale; se înregistrează descrieri corecte ale tablourilor clinice şi ale modificărilor anatomopatologice care induc opinia că deficienţele mintale sînt stări psihice sechelare, determinate de leziuni sau anomalii cerebrale evidente. Concluziile asupra caracterului defectual-sechelar al deficienţelor mintale au antrenat măsuri educaţionale, inspirate de teoriile pedagogice ale lui Pestalozzi, Fröebel şi Seguin.

c) Primele trei decenii ale veacului nostru înregistrează apariţia şi avîntul studiilor psihologice care în domeniul deficienţelor mintale au înscris cel mai important şi mai controversat capitol; considerăm că această perioadă din istoria deficienţelor mintale poate fi denumită *etapa psihometrică*, ea fiind anunţată încă de la începutul secolului printr-o lucrare de continuă referinţă, efectuată prin colaborarea dintre un psiholog (A. Binet) şi un medic (Th. Simon). În anul 1905 ei au imaginat probe de dificultate progresivă pe care le-au aplicat copiilor ce prezentau dificultăţi de învăţare; întrucît aceste probe puteau fi trecute cu succes de către copiii normali, ei au stabilit aşa-numitele „niveluri mentale" specifice fiecărei grupe de vîrstă. Autorii subliniază totodată diferenţele care există între intelectul unui copil normal de o anumită vîrstă şi cel al unui adult deficient, chiar dacă nivelul mintal al acestuia corespunde cu acela al copilului. Această sugestie îi serveşte lui W. Stern pentru a lansa noţiunea de „vîrstă mentală"; psihologul german calculează totodată raportul dintre posibilităţile cognitive caracteristice unei anumite vîrste (vîrsta cronologică) şi vîrsta mintală, stabilind „coeficientul de inteligenţă" (Q.I.) şi scalele de inteligenţă. Ulterior, testele denumite „de inteligenţă" au cunoscut o impetuoasă dezvoltare, determinată de necesitatea cunoaşterii şi estimării adecvate a gradului defectivităţii cognitive. Scala Binet-Simon a fost supusă unor revizuiri succesive întreprinse de Terman, a fost validată prin studiul unui mare număr de cazuri, perfecţionîndu-se totodată sistemul de cotare.

d) Studiile psihometrice şi psihodiagnostice au fost dublate şi urmate (mai ales în perioada 1931—1950) de cercetări biochimice care au demonstrat că numeroase deficienţe mintale se datoresc unor vicii metabolice fiind ceea ce s-a numit „tulburări înnăscute de metabolism". Prima confirmare a acestei teorii a constituit-o descrierea oligofreniei fenilpiruvice sau fenilcetonuriei, de către Folling, în 1934, moment care marchează *etapa biochimică* în studiul deficienţelor mintale.

e) Apariţia şi extinderea microscopiei electronice după al doilea război mondial a impulsionat studiile genetice, confirmînd ipotezele asupra potenţialului ereditar din deficienţele mintale. În perioada 1951—1970 s-au efectuat cele mai multe studii genetice asupra deficienţelor mintale, punctul culminant al cercetărilor fiind atins de J. Lejeun, M. Gautier şi R. Turpin care în 1959 au descoperit prima aberaţie cromozomială suscep-

tibilă de a antrena pe plan clinic oligofrenia. Demonstrația că una din cele mai frecvente forme de deficiență mintală, mongolismul (boala Langdon-Down), se datorește prezenței unui cromozom supranumerar la perechea 21 marchează *etapa genetică* a studiului deficiențelor mintale.

f) Studiile genetice alături de cele biochimice și psihometrice deschid astăzi un front larg de cercetare a deficiențelor mintale prin includerea factorilor socioculturali și instructiv-educaționali, fundamentînd astfel principalele direcții terapeutice în care, în afara acțiunilor psihofarmacologice, psihagogia și socioterapia se înscriu cu prioritate. Tocmai de aceea, perioada actuală, care în mod convențional începe după 1970, poate fi denumită *etapa resocializant-integratoare* a debilităților mintale, ea fiind marcată de consfătuiri, simpozioane și congrese organizate de Asociația Internațională pentru Studiul Deficienței Mintale și de Liga Internațională a Asociațiilor pentru Handicapații Mintal, al căror prim deziderat îl constituie asigurarea condițiilor care să permită dezvoltarea maximă a posibilităților psihice ale deficientului în vederea integrării sale optime în grupul social căruia îi aparține.

2. Evoluția sinonimiilor și accepțiunilor noționale asupra deficiențelor mintale

Polarizînd preocupările specialiștilor din cele mai variate domenii ale cunoașterii social-umane, deficiențele mintale prezintă cele mai multe sinonimii din întreaga nosografie medicală. Depășind domeniul acesteia, ele își găsesc sorgintea în aria psihologiei, pedagogiei, sau sociologiei, sinonimiile noțiunii de deficiență fiind expresia unghiului diferit de abordare.

Urmînd istoria medicală a deficienței mintale, cea mai veche denumire a acesteia este legată de problematica psihiatrică. Astfel, noțiunea de *oligofrenie* (gr. *oligos*, puțin; *phrenos*, minte) este întîlnită inițial la începutul secolului nostru în studiile lui E. Kraepelin și ale lui E. Bleuler, fondatorii nosografiei psihiatrice. Această noțiune, simplă dar în același timp cuprinzătoare, iar prin etimologia ei edificatoare, a fost rapid adoptată și larg acceptată, păstrînd încă un rol dominant în studiile medicale asupra deficienței mintale. Deși actualmente noțiunea de oligofrenie cunoaște o anumită limitare, în țara noastră ea este folosită cu cea mai înaltă frecvență, după cum „este utilizată în mod constant în Uniunea Sovietică, Scandinavia și Europa de Vest" (K L. Cytryn, R. Lourie, 1980, p. 2486).

Tot medicii psihiatri (Esquirol și Sequin) au fost aceia care, încă din secolul trecut, au lansat noțiunile de *idioție* și *imbecilitate* prin care au desemnat categorii ale deficiențelor mintale. Deși considerate clasice și folosite cu o frecvență cvasiconstantă în Nordul și Estul Europei, aceste noțiuni sînt tot mai rar întîlnite în Anglia și Franța, fiind practic eliminate în Statele Unite ale Americii datorită semanticii lor cu sumbre rezonanțe patologice și folosirii peiorative, în afara ariilor specialității respective.

La o scurtă perioadă după apariția noțiunii de oligofrenie, un alt psihiatru, Dupré (1909), formulează termenul de „debilitate mintală" spre a desemna formele ușoare ale deficienței mintale, completînd astfel tripticul, *idioție*, *imbecilitate*, *debilitate mintală*. Deși în mod clasic acest ultim termen a fost folosit (în accepțiunea lui Dupré) pentru a marca „prima zonă de insuficiență mintală față de exigențele societății" (R. Zazzo.

1969, p 32), experţii O.M.S., pe baza unor considerente morale şi profesional-relaţionale, au utilizat noţiunea într-o largă accepţiune, subsumîndu-i întregul grup nosografic al oligofreniilor, prezentate astfel ca *debilitate mintală uşoară, moderată* şi *profundă*. Deşi termenul de debilitate mintală a fost generalizat, considerîndu-se că poate fi mai bine asimilat în virtutea conţinutului său oarecum disimulat, el creează confuzii cu accepţiunea sa iniţială, care desemna formele uşoare de deficienţă mintală. În plus, unii clinicieni au subliniat, imediat după apariţia sa, că termenul prezintă „o slabă precizie...ce pune etichete peiorative, slăbind eforturile pedagogice" (G. Perdoncini şi Y. Yvon, 1963, p. 246).

Dacă noţiunile de „oligofrenie" şi de „debilitate mintală" aveau originea în domeniul medical şi al psihiatriei în special, dezvoltarea psihologiei şi amploarea psihometriei au adus şi au impus alte noţiuni, ca acelea de „subnormalitate mintală", „deficienţă mintală" etc., legate în mare măsură de rezultatele obţinute la testele cognitive.

De fapt, populaţia inclusă în categoriile deficienţei mintale este extrem de polimorfă din punctul de vedere al caracteristicilor genotipice, etiologice, neurofiziologice, psihometrice şi prognostice. Sub acest unghi, deficienţa mintală, deşi este inclusă în taxonomia medicală „nu poate fi complet înţeleasă din perspectiva unei singure discipline...ea nefiind o entitate medicală, psihologică, educaţională sau psihopatologică" (D.S. Gerard şi B.J. Richmond, 1975, p. 438). Tocmai de aceea, heterogenitatea deficienţelor mintale limitează în fapt utilitatea oricărui termen care nu poate corespunde unghiurilor diferite de abordare ale acestei complexe condiţii clinice ca şi „scopurilor medical-psihiatrice, educative, psihologice, administrative şi ştiinţifice" (*ibidem*, p. 437).

Pe de altă parte, deficitul mintal implică perturbări în plan instrumental, instrucţional şi comportamental, fapt care a determinat Organizaţia Mondială a Sănătăţii să elaboreze noţiuni sinonime dar discursive, ca aceea de *alterare a comportamentului adaptativ*. Deşi aparent cuprinzătoare, această noţiune este totuşi vagă şi needificatoare, întrucît pierde din vedere aspecte primordiale ale deficienţei, ca minusul cognitiv sau caracterul social al comportamentului dezadaptativ. În plus, această noţiune exprimă consecinţa şi nu natura fenomenului şi anume deficienţa. Probabil datorită acestui fapt, în „Clasificarea Internaţională a Bolilor" (1968), O.M.S. denumeşte deficienţele mintale *alterări ale abilităţii (maturizării) în învăţare şi socializare*. Denumirea subliniază caracterul pluridimensional al acestor condiţii, aducînd în prim planul atenţiei şi preocupărilor aspectele psihologice, pedagogice şi sociale, importante atît sub unghiul manifestărilor clinice, cît şi acela al conduitei terapeutice.

Noţiunea cea mai larg adoptată în ultimul deceniu, mai ales în studiile psihologice este aceea de *deficienţă mintală* lansată de A. Busemann (1966), reluată şi amplu răspîndită prin studiile lui R. Perron (1969, 1973). Utilizată ca noţiune-gen, în sinonimie cu aceea de oligofrenie, deficienţa mintală cuprinde anumite grade prin care se desemnează severitatea sau gravitatea condiţiei: *deficienţă mintală de graniţă, uşoară, moderată, severă* şi *profundă*.

Cu toate că noţiunea de deficienţă mintală este larg utilizată, fiind înscrisă în însăşi denumirea instituţiilor care coordonează activitatea din acest domeniu (ex. Asociaţia Americană pentru Deficienţă Mintală), în ultima ediţie a *Manualului diagnostic şi statistic* (1980) este folosită noţiu-

nea de „retardare mintală" care cunoaşte o amplă răspîndire mai ales în ţările de limbă anglo-saxonă, aşa cum se constată din sintezele efectuate de S. Gerard şi J. Richmond (1975, p. 437), L. Cytrin şi R. Lourie (1980, p. 2484) etc.

2.1. *O sistematizare a definiţiilor deficienţelor mintale* ilustrează că acestea sînt bazate pe criterii etiologice, structurale, funcţionale şi operaţional-comportamentale sau pe o combinaţie a acestora.

Definiţiile etiologico-structurale postulează că deficienţele mintale au la bază „o atingere cerebrală gravă a copilului înainte de naştere sau în cursul primei copilării, ceea ce a produs o tulburare a dezvoltării normale a creierului şi numeroase anomalii ale dezvoltării mentale" (R. Luria, 1963, p. 10).

Definiţiile constatativ-funcţionale au în vedere mai ales tabloul clinic, consemnînd faptul că deficienţa mintală corespunde unei „imposibilităţi sau insuficienţe de funcţionare, de randament sau de organizare funcţională" (J. Lang, 1962, p. 34).

Definiţiile operaţional-comportamentale sînt adoptate mai ales în S.U.A. Astfel, Asociaţia Americană pentru Deficienţă Mintală consideră că „întîrzierea mintală se referă la o funcţionare sub medie a inteligenţei generale, care îşi are originea în perioada de dezvoltare şi este asociată cu tulburări ale comportamentului adaptativ" (L. Cytrin şi R. Lourie, 1980, p. 2486). O definiţie asemănătoare a fost adoptată şi de Asociaţia Americană de Psihiatrie, care apreciază că „retardarea mentală se referă la funcţionarea intelectuală generală subnormală care îşi are originea în perioada de dezvoltare şi care este asociată cu deficienţe ale învăţării şi adaptării sociale sau ale maturizării" (S. Gerard şi J. Richmond, 1975, p. 438).

În această sistematizare a definiţiilor, constatăm, ca şi în evoluţia concepţiilor asupra deficienţelor mintale, o deplasare a accentului de la aspectele medicale la cele educaţional-sociale, de la simptomatologie şi patogenic spre acţiunile de adaptare, încadrare profesională şi integrare socială.

3. Dificultăţi ale diagnosticării şi estimării morbidităţii deficienţelor mintale

Deşi simplă în aparenţă, diagnosticarea stărilor de deficienţă mintală întîmpină mari dificultăţi datorită slabei organizări a asistenţei medico-psihologice şi controverselor nosografice. În plus, diagnosticarea deficienţei nu depinde numai de psihometrie, ci este în mare măsură determinată de nivelul exigenţei sau de gradul toleranţei impuse de mediul sociocultural. Astfel, un standard intelectual şi sociocultural puţin elevat va oferi mai mari posibilităţi de integrare cazurilor uşoare de retardare, în timp ce rigorile şi exigenţele unui mediu cultural ridicat pot indica drept oligofreni un mare număr dintre cei care în alte condiţii ar fi trecut drept normofreni. De asemenea, insuficienta perfecţionare a mijloacelor de diagnosticare ori slaba pregătire a celor care aplică tehnicile psihometrice pot determina înscrierea în aria oligofreniei a unor persoane care au un deficit de ordin informaţional şi instructiv-educativ şi nu propriu-zis cognitiv; desigur, în aceste cazuri deficienţa mintală este aparentă, fiind

vorba de „un fenomen determinat etnologic, relativ la cultura locală, de postulatele educative, de ambiții vocaționale, sau de expectanțe familiale (L. Kanner, 1964, p. 70).

Altă sursă de eroare în aprecierea morbidității prin oligofrenie constă în faptul că toate studiile epidemiologice și acțiunile diagnostice sînt orientate în exclusivitate asupra copilăriei, ignorîndu-se faptul că și cei care au depășit această vîrstă pot prezenta grade variabile de insuficiență cognitivă; de aceea, în opoziție cu opinia larg exprimată, în studii de specialitate, subliniem faptul că oligofreniile pot fi întîlnite în orice etapă a vieții, chiar și în perioada involuției, cînd simptomatologia lor se confruntă, intricîndu-se cu aceea a deteriorării cognitive. Nu este mai puțin adevărat însă că frecvența maximă a oligofreniilor este în copilărie și că mulți oligofreni, în special cu forme genetice sau metabolice, nu pot supraviețui primelor luni sau primilor ani de viață. În acest context, putem menționa faptul că gravitatea oligofreniilor este invers proporțională cu vîrsta la care ajung bolnavii.

Cu toate aceste dificultăți de diagnosticare și încadrare nosografică studiile ilustrează că frecvența oligofreniilor „este estimată la 3% din populația generală (L. Cytryn și R. Lourie, 1980, p. 2487) sau la 5—8% din totalul populației" (P. Brînzei, 1975, p. 141). Cum însă cele mai multe studii epidemiologice au fost efectuate asupra copiilor și raportate la populația totală, menționăm că „frecvența obișnuită a oligofreniei în *populația infantilă* este de 5%" (C. Oancea și D. Christodorescu, 1976, p. 767). În timp ce pentru copiii de vîrstă școlară morbiditatea este de 1,5—5,5% (J. Ajuriaguerra, 1974, p. 642).

Întrucît deficitele metabolice și implicațiile neurologice nu permit supraviețuirea formelor grave de oligofrenie, menționăm că acestea oferă un procent mai redus, estimat la 0,3—0,6% pentru arierarea mintală gravă' (*ibidem*). Procentul ridicat al deficiențelor ușoare și relativ scăzut al celor severe este subliniat și de alți clinicieni care arată că „din ansamblul oligofrenilor, 87% aparțin formelor ușoare și intelectului limită iar 13% formelor profunde, severe și moderate "(L. Cytryn și R. Lourie, 1980, p. 2487).

Cu privire la prevalența oligofreniilor în funcție de vîrstă, semnalăm eroarea constant întîlnită conform căreia „frecvența cea mai scăzută se întîlnește la copiii mai mici de 5 ani, cifrele maxime fiind obținute între 10 și 14 ani, după care din nou se constată o scădere" (R. Hilgard, 1962, p. 414, cf. M. Roșca, 1967, p. 17). De fapt, nu este vorba de o creștere a frecvenței oligofreniilor după vîrsta de 5 ani ci de o diagnosticare mai frecventă a acestora determinată de exigențele școlarității; aceeași situație este întîlnită și în perioada 10—14 ani cînd majoritatea clinicienilor găsesc „cea mai mare incidență" a oligofreniei. De fapt, generalizarea învățămîntului elementar, exigențele sporite ale acestei etape instructiv-educative evidențiază ca oligofreni pe cei care, în afara condițiilor școlarității, s-ar fi menținut în aria normalității. De aceea, considerăm că nu este vorba de o creștere propriu-zisă a prevalenței oligofreniei la etape mai avansate ale copilăriei (cînd asistăm la o reducere a frecvenței lor reale prin decesul la vîrste mici a formelor grave), ci numai de o creștere a frecvenței diagnosticării determinată de extinderea examinării și de exigențele școlarizării.

4. Deficienţele mintale şi datele psihologiei genetice

Axate în mod esenţial, pe ideile lui J. Piaget asupra inteligenţei, achiziţiile psihologiei genetice sînt tot mai frecvent invocate în patogenia deficienţelor mintale. Considerînd inteligenţa ca o stare de echilibru spre care tind toate adaptările succesive de ordin senzorimotor şi cognitiv, psihologia genetică postulează existenţa unor stadii în dezvoltarea cognitivă: al gîndirii *senzorimotorii* (pînă la vîrsta de 1,5—2 ani), al gîndirii *simbolice* şi *preconceptuale* (specific vîrstei de 1,5—4 ani), al *gîndirii intuitive* (4—7—8 ani), al *operaţiilor concrete* (7—8, 11—12 ani) şi al *inteligenţei reflexive* (după 11—12 ani).

Inteligenţa, acest „sistem de operaţii vii şi active", apare astfel ca rezultat al interacţiunii între copil şi ambianţă, interacţiune ce tinde către un echilibru; fiecare nivel al echilibrului consemnează noi progrese în procesul de funcţionare a inteligenţei şi se traduce prin scheme specifice de comportament. În continuare, evoluţia interacţiunii copil-mediu realizează noi echilibrări şi, conform acestora, noi patternuri comportamentale cu un grad superior de complexitate. Trecerea de la un stadiu la altul are loc în mod ordonat, fiind un proces predictibil, deşi ritmul evoluţiei este specific fiecărui copil în funcţie de structura neurofiziologică, stimularea socială, experienţa personală etc. Se delimitează astfel anumite structuri operaţionale ce oferă o imagine a posibilităţilor pe care le poate avea un subiect. Actualizarea acestor structuri, ca şi ritmul realizării lor pot fi accelerate sau retardate, în funcţie de aferentaţiile informaţionale, afective sau sociale.

După cum subliniază B. Inhelder (1963), teoria lui J. Piaget oferă un model al funcţionării intelectuale, analizat în însăşi construcţia sa. Astfel, situîndu-ne în perspectivă sincronică, vom constata că fiecare etapă a dezvoltării cognitive integrează structurile etapei precedente şi pregăteşte noul echilibru pe care îl va instaura structura nivelului următor. Copilul, sănătos sau deficient, este analizat nu numai în viziune sincronică (avîndu-se în vedere aspectul global al structurii sale în evoluţie), ci şi în viziune diacronică, în care se disting trăsături specifice perturbării cognitive, precum şi semnificaţia lor de-a lungul istoriei şi evoluţiei sale.

Din teoria lui J. Piaget reţinem în acest context faptul că performanţele copilului, ce permit măsurarea şi cuantificarea, au o valoare relativă, importantă fiind atingerea diverselor stadii specifice dezvoltării cognitive. Din acest punct de vedere considerăm că data la care deficientul accede la aceste stadii, calitatea patternurilor comportamentale realizate, este mult mai edificatoare pentru patogenia deficienţei decît evaluarea psihometrică a achiziţiilor şi eficienţei inteligenţei. Astfel, copiii cu *deficienţă mintală profundă* nu pot depăşi structurile operaţionale specifice *stadiului senzorimotor*; cei cu *deficienţă mintală severă* posedă achiziţii specifice *gîndirii simbolice* şi *preconceptuale*; cei cu *deficienţă mintală moderată* prezintă strategiile caracteristice stadiului *gîndirii intuitive*; cei cu *deficienţă mintală uşoară* beneficiază de structuri cognitive specifice stadiului *operaţiilor concrete*, în timp ce persoanele cu *intelect de limită* au acces la scheme ale *gîndirii reflexive*.

În această perspectivă apare mai evident caracterul lent al ritmului dezvoltării cognitive a deficientului, imposibilitatea lui de a desăvîrşi

schemele comportamentale specifice unui anumit stadiu şi de a organiza elementele structural-operaţionale ale stadiului ulterior. Menţionăm totodată că aceste stadii nu constituie paliere procustiene, întrucît constatăm că deficientul, aflat într-o situaţie problematică, pendulează între soluţii de nivel genetic diferit, specifice unui stadiu sau altul. Aceasta se explică prin faptul că dezvoltarea lentă a inteligenţei „fixează în automatisme, demersuri utilizate prea multă vreme şi care, prin aceasta, tind să reapară chiar atunci cînd demersurile de nivel superior au devenit posibile" (B. Inhelder, 1963, p. 193). Analiza clinică evidenţiază într-adevăr faptul că are loc o întrepătrundere a nivelurilor de dezvoltare, deficientul mintal putînd accede la soluţii caracteristice unui nivel genetic superior, revenind totuşi la cele stabilite anterior.

5. Patogenia deficienţelor mintale sub unghiul psihologiei genetice

Departe de a fi o simplă nedezvoltare sau insuficientă dezvoltare a inteligenţei, aşa cum postulează numeroase definiţii, deficienţa mintală prezintă anumite caracteristici ale proceselor cognitive a căror evidenţiere este susceptibilă să aducă lumini noi în cîmpul patogeniei lor.

Seria observaţiilor psihologiei genetice referitoare la specificitatea funcţiilor cognitive a fost anticipată de K. Lewin care consideră că diferenţierea în dezvoltarea persoanei ar fi determinată de faptul că între diverse „regiuni ale psihismului" se instalează anumite „bariere din ce în ce mai rigide". În deficienţa mintală această *rigiditate* ar fi prea mare, funcţionarea mintală a deficienţilor ar fi „prea rigidă" fapt care împiedică transpunerea şi adaptarea mecanismelor operatorii specifice stadiului evoluţiei sale. Datorită acestui fapt deficientul devine „prea bătrîn pentru posibilităţile lui intelectuale" (R. Perron, 1973, p. 69) şi „prea puţin diferenţiat" pentru vîrsta sa mintală; de aceea „una din particularităţile fundamentale ale deficientului este sărăcia tranziţiilor fin gradate între separaţia absolută în totalităţi dinamice" (K. Lewin, cf. *ibidem*). Insuficienta dezvoltare cognitivă, ca şi deteriorarea cognitivă ar fi proporţională cu gradul de rigiditate al graniţelor dintre regiunile cerebrale, fapt ce împieteazâ asupra raportului funcţional al acestora.

Studii de psihologie a învăţării au ilustrat că la deficienţii mintal există stagnări nu numai în domeniul cunoştinţelor, ci şi al obiceiurilor şi deprinderilor, fapt care împiedică noile achiziţii. Aceasta se explică printr-o anumită *inerţie* a operaţiilor gîndirii; astfel, dacă deficienţii îşi pot însuşi o regulă gramaticală sau un procedeu aritmetic, modificarea lor, impusă de alte soluţii, este aproape imposibilă; acest fapt este postulat prin aforismul conform căruia „dacă este dificil să-i faci pe copiii oligofreni să înveţe ceva, este şi mai dificil să-i dezveţi" (R. Luria, 1963, p. 38). Această inerţie în integrarea noilor achiziţii, care traduce lipsa de supleţe a proceselor cognitive, confirmă întrucîtva ideea precedentă asupra „barierelor" dintre diferitele „regiuni ale psihismului" copiilor cu deficienţă mintală.

Psihologia genetică prezintă deficienţa mintală ca o construcţie în curs de elaborare pe care impedimente dinamic-structurale o împiedică în finalizare. Un element considerat major în patogenia deficienţei este

încetinirea ritmului dezvoltării în virtutea unei „vîscozități genetice" care poate determina chiar fixarea comportamentală la un stadiu anterior celui pe care ar fi trebuit să-l atingă. Se constată că, într-un procent variabil, deficienții se stabilizează în „false echilibre", ce reflectă o „vîscozitate genetică" (B. Inhelder, 1963, p. 64) și din această cauză ei nu pot încheia construcțiile operaționale. În afara slăbirii ritmului dezvoltării, la deficient persistă elemente ale nivelului anterior care interferează elaborarea operațiilor nivelului următor.

Modul în care B. Inhelder descrie și explică „vîscozitatea genetică" (datorită prezenței concomitente a elementelor din două etape succesive sau coexistenței a două „sisteme heterogene") sugerează ideea unei *heterocronii* a dezvoltării cognitive. De fapt „termenul de heterocronie exprimă mai întîi un fapt, o constatare de ordin psihometric : copilul debil se dezvoltă cu viteze diferite în diferite sectoare ale creșterii psihologice" (R. Zazzo, 1965, p. 242).

Cea mai evidentă heterocronie la deficientul mintal se constată între dezvoltarea somatică generală și dezvoltarea cerebrală, fapt care se repercutează asupra diverselor funcții mintale, după cum ele sînt în corelație mai mult sau mai puțin strînsă cu primul sau cu al doilea tip de dezvoltare "(*ibidem*, p. 244).

La această heterocronie evidentă se adaugă o alta pe care-o considerăm specifică deficienței mintale, și anume aceea a decalajului între vîrsta cronologică și vîrsta mintală. Astfel, într-un studiu clinico-psihometric efectuat asupra unor loturi comparative care au cuprins copii normali și deficienți de aceeași vîrstă mintală, R. Zazzo (1969) a remarcat (prin teste de eficiență psihomotorie și organizare spațială) că deficienții, spre deosebire de martori, prezintă rezultate heterogene sub raportul valorii cognitive. Astfel, probele de organizare spațio-temporală evidențiază o întîrziere maximă, în timp ce probele psihomotorii indică un retard minim. Din analiza datelor experimentale și a observațiilor clinice se tinde spre postularea concluziei unei heterocronii a dezvoltării generale, heterocronie ce nu trebuie înțeleasă însă „ca o simplă corelație de viteze diferite" (R. Zazzo, 1969, p. 346) ci, în consens cu ideile lui J. Piaget privind dezvoltarea inteligenței, ca un sistem, ca o structură capabilă să explice polimorfismul fenomenologic al deficiențelor mintale.

Heterocronia dezvoltării psihice a deficientului mintal este analizată și sub unghiul psihologiei analitice, ai cărei reprezentanți consideră că perturbarea coerenței și coordonării între diversele sectoare de activitate instrumentale și ale rețelelor senzoriale antrenează nu numai întîrzieri sau frîne, ci și remanieri, care sînt concomitente cu inițierea procesului deficienței; în acest cadru, „alături de nonstructurare au loc restructurări și destructurări care vor ajunge la o organizare originală și vor defini modul de existență al lumii subiectului" (J.L. Lang, 1973, p. 36). Acesta este însă un punct de vedere izolat, întrucît ansamblul observațiilor ilustrează, sub unghiuri diferite, că heterocronia structurează un anumit stil de dezvoltare psihică a deficientului la realizarea căruia concordă atît factori evolutivi, dar și dezorganizanți sau destructivi impuși de condiții genetice, metabolice, toxice sau traumatice care constituie principalele izvoare etiologice ale deficiențelor mintale.

6. Posibilitățile evaluării psihometrice și deficiențele psihice

Acest important și controversat domeniu al aplicării testelor evidențiază un paradox formal, și anume: denumite „de inteligență", testele respective nu investighează de fapt inteligența ci, dimpotrivă, absența acesteia, deficitul cognitiv sau distanța față de un etalon desprins dintr-un grup martor ce-i condiționează performanța. De fapt, părinții sau pedagogii nu supun copiii normofreni sau supradotați examinării psihometrice pentru a constata cît sînt de inteligenți, ci numai pe cei cu insuficiență cognitivă spre a-i testa cît sînt de deficienți. În acest sens, „testele de inteligență" ar fi mai corect denumite *teste de deficiență*, această noțiune exprimînd cu mai multă fidelitate domeniul de aplicare și conținutul investigației lor.

Menționăm totodată faptul că după aproximativ o jumătate de secol în care au cunoscut o impetuoasă dezvoltare, „testele de inteligență" și instrumentele psihometrice în general înregistrează un reflux, o limitare în folosire și o retragere a „investițiilor științifice". Considerăm însă că ipostazierea excesivă a mijloacelor de explorare avea la bază o insuficientă cunoaștere a conținutului psihic pe care acestea îl explorau. Astfel, în prima jumătate a secolului nostru, inteligența era privită în mod descriptiv-limitativ, mai ales ca abilitate de a face față exigențelor școlare. Studiile asupra naturii și factorilor determinanți ai inteligenței, ca și investigația ei experimentală, au determinat reformulări și generalizări conform cărora „inteligența constituie o stare de echilibru spre care tind toate adaptările succesive, de ordin senzorio-motor și cognitiv, ca și toate schimburile asimilatoare și acomodatoare dintre organism și mediu" (J. Piaget, 1965, p. 64). Sub aspect operațional, inteligența reprezintă capacitatea de rezolvare a problemelor pe baza experienței social-istorice și personale, adaptabilitatea omului la noi situații, abilitatea lui de a forma noi concepte. Astfel privind problematica inteligenței, prin noile achiziții ale psihologiei, „ar fi o naivitate să crezi că poți cunoaște un deficient intelectual limitîndu-te la enunțarea vîrstei mentale și reducînd problema deficiențelor la o derizorie expresie de Q.I." (R. Perron, 1973, p. 59).

Considerăm că invalidarea științifică și morală a „testelor de inteligență" își află sorgintea în domenii diferite, acțiunile respective avînd însă o orientare convergentă:

a) Opinii din *domeniul științelor social-umane*, care sînt apriori, formal și structural, împotriva estimării cifrice a ceea ce, de fapt, este greu estimabil, ci doar constatabil și comprehensibil.

b) Reacții din însuși *domeniul psihologiei clinice* care, preconizînd studiul individual al cazurilor, normale sau patologice, nu pot accepta stabilirea unor categorii sau entități clinice, pe baza unor expresii numerice.

c) Contestații din partea *psihologiei sociale* și a *personologiei*, care nu pot admite ca o persoană, fie și deficientă, considerată ca o entitate unică și irepetabilă, să fie desemnată printr-o expresie numerică a inteligenței; în plus, Q.I.-ul nu oferă indicii sau este vag predictibil în privința abilității de rezolvare a unor probleme de adaptare și ale integrării sociale ulterioare.

d) Din partea *psihologiei analitice*, criticile vizează însăși metodologia psihometrică, și anume: prin expresia sa numerică, Q.I.-ul nu poate măsura decît „volumul" inteligenței; aceasta este însă o impresie pentru că, în fapt, Q.I.-ul exprimă valoarea achizițiilor pe care inteligența le-a reali-

zat pînă în momentul dat. Sub alt unghi, Q.I.-ul nu exprimă inteligenţa potenţială, ci doar eficienţa actuală a inteligenţei, deci nu atinge „genotipul" inteligenţei, ci, eventual, fenotipul ei concretizat prin achiziţii.

e) Demersuri noi ale *psihologiei genetice* sînt principial opuse datelor psihometrice; ele pun un accent deosebit pe natura procesului cognitiv şi nu pe aspectul său fenomenologic tradus prin performanţa cognitivă imediată. Echivalînd retardul intelectual cu deficienţa mintală, Q.I.-ul neglijează studiul sincronic al condiţiei ce apreciază inteligenţa ca structură funcţională; fixarea cantitativ-obiectivă a inteligenţei prin Q.I. a anulat atît perspectiva genetică a deficienţei cît şi studiul diacronic al acesteia.

7. Manifestări psihopatologice şi tulburări comportamentale în relaţie cu gradul deficienţei mintale

Dintre numeroasele sistematizări ale deficienţelor mintale reţinem pe aceea adoptată de *Manualul diagnostic şi statistic* (ed. a III-a, 1980), care consemnează cinci forme, în funcţie de nivelul mental şi al posibilităţilor neuropsihice în general. Această sistematizare este în mare măsură asemănătoare cu aceea prezentată în ultima *Clasificare Internaţională a Bolilor Mintale* (1976), diferenţele vizînd cifrele Q.I.-ului ce despart diversele categorii, cît şi faptul că deficienţa mintală uşoară din C.I.M.$_9$ este denumit în D.S.M., III retard mintal mediu.

7.1. *Deficienţa mintală profundă* cuprinde copii cu un Q.I. sub 20 şi o vîrstă mintală ce nu depăşeşte 3 ani. Această situaţie se traduce în plan clinic prin faptul că deficienţii respectivi sînt nonantrenabili şi practic irecuperabili, neputîndu-şi asigura autoprotecţia şi autoîntreţinerea. Eforturile psihopedagogice nu realizează decît „o minimă şi limitată antrenare în autoîngrijire" (D.S.M. III, 1980, p. 40) şi vizează în special deprinderea de a se alimenta şi de control sfincterian, ceea ce permite ameliorarea stării igienice şi psihice.

Dezvoltarea senzorio-motorie a acestor deficienţi rămîne rudimentară, mersul realizîndu-se tardiv, în preşcolaritate, efectuîndu-se cu mare dificultate. Deseori ei execută mişcări ritmice, stereotipe, de balans, iar alteori prezintă manifestări motorii cu caracter brusc, inadecvat sau stări de agitaţie.

Sub aspect comportamental a fost descris tipul „apatic", placid, indiferent, şi tipul „excitat", cu manifestări agresive, autoagresive şi tendinţe distructive. Actele autoagresive pot antrena automutilări, favorizate de hipoestezia şi hipoalgezia lor, înscrise într-un amplu tablou al tulburărilor senzoriale.

În afara crizelor coleroase şi agresive, aceşti deficienţi prezintă comportamente instinctive dezordonate şi tendinţe oroalimentare dezvoltate, caracterizate prin bulimie şi coprofagie. În anumite cazuri este prezentă o simptomatologie neuropsihică manifestă, ilustrată clinic prin crize convulsive, catatonie, autism, manierism postural, precum şi sindroame neurologice caracterizate prin hemiplegie, diplegie, simptome extrapiramidale etc.

Sub aspect somatic, această grupă a deficienţelor mintale profunde este marcată şi de anomalii morfologice, în special craniene (microcefalie,

macrocefalie, hidrocefalie, oxicefalie, porencefalie, prognatism, retrognatism etc.) sau ale coloanei vertebrale şi membrelor (cifoză, scolioză, spina bifida, polidactilie, sindactilie) care, prin gravitatea lor, nu permit decît o scurtă supravieţuire, de cîteva luni sau de cîţiva ani.

7.2. *Deficienţa mintală severă* reuneşte copii cu un coeficient intelectual între 20 şi 34 şi cu o vîrstă mintală de 3—5 ani, fapt care le permite să fie slab antrenabili şi parţial recuperabili. El pot dezvolta deprinderi igienice elementare, fiind capabili de acte simple de autoservire.

Sub aspect fizic aceşti deficienţi pot prezenta malformaţiile şi dismorfiile grupei precedente, dar într-un mod mai atenuat şi în procent mai redus, cei mai mulţi dintre ei fiind eumorfici. De asemenea, ei au o dezvoltare motorie deficitară şi prezintă în mod frecvent tremor al extremităţilor, spasme, mişcări involuntare sau sincinezii, care le parazitează acţiunile sau deprinderile motorii. Alteori, prezintă manifestări neurologice caracterizate prin sindroame extrapiramidale, paratonii, paralizii de nervi cranieni, crize convulsive etc.

Senzorialitatea acestor deficienţi este alterată ei întîmpinînd dificultăţi în discriminarea diferenţelor; de asemenea, prezintă defecţiuni ale „codajului senzorial intermodal" în sensul că, în timp ce un stimul adresat unui sistem senzorial determină un răspuns stereotip, un alt stimul, nespecific, rămîne lipsit de răspuns.

În acest grad al insuficienţei cognitive, deficienţii îşi însuşesc un limbaj mai mult adresativ decît comunicativ; ei utilizează anumite noţiuni, posedă o oarecare capacitate de generalizare semantică, dar vocabularul limitat nu le permite susţinerea unei conversaţii. În ansamblu, structura limbajului lor se aseamănă cu aceea a antepreşcolarului, dar au în plus numeroase dizartrii şi momente de bavardaj. În clase speciale ei pot învăţa să citească, dar stăpînesc cu greutate conţinutul limbajului scris; *asintaxia* stă în calea însuşirii regulilor gramaticale, iar *agrafia* este întîlnită în mod constant. Cei care prezintă o formă severă a deficienţei cognitive nu înţeleg şi nu apreciază corect situaţia de elev, posibilităţile lor de relaţionare oportună şi adecvată fiind mult limitate. Ei nu pot înţelege relaţiile spaţiale şi sînt incapabili de a efectua operaţiile simple ale abstractizării şi generalizării, de aceea activitatea ludică le este inaccesibilă, iar spiritul de echipă inabordabil. Incapabili de antrenament profesional, „ei pot efectua activităţi simple sub o strictă supraveghere" (D.S.M. III, 1980, p. 39).

7.3. *Deficienţa mintală moderată* include subiecţi cu un Q.I. ale cărui valori sînt cuprinse între 35 şi 49. Această grupă cuprinde 12% din ansamblul deficienţelor mintale, fiind alcătuită din inşi antrenabili şi parţial educabili; ei au o vîrstă mintală de 5—7 ani, avînd posibilitatea însuşirii cunoştinţelor corespunzătoare primelor două clase primare. Îşi pot însuşi parţial limbajul şi au posibilitatea unor activităţi simple, de autoîntreţinere; unii pot desfăşura o anumită activitate profesională în ateliere protejate sub „supraveghere moderată".

Cu o slabă rezonanţă şi modulaţie afectivă aceşti deficienţi sînt de obicei docili, apatici, afectuoşi, în general lipsiţi de iniţiativă şi interes. Caracterizaţi prin permeabilitate şi labilitate afectivă ei pot avea momente de instabilitate psihică, stări disforice şi izbucniri clastice, fiind capabili de acte agresive. Menţionăm totodată că în virtutea gradului înalt de

sugestibilitate şi credulitate ei pot fi uşor antrenaţi în acţiuni prejudiciabile, cu caracter medico-legal (prostituţie, perversiuni sexuale, furturi, incendieri etc.).

7.4. *Deficienţa mintală medie* constituie grupa cea mai numeroasă a oligofreniilor, reprezentînd 80% din ansamblul acestora; coeficientul intelectual al acestor deficienţe este cuprins între 50 şi 70, ceea ce corespunde unei vîrste mintale de 7—10 ani.

Spre deosebire de insuficienţele cognitive profunde care erau întîlnite la vîrste mici, în primele luni sau în primii ani de viaţă, deficienţele medii se evidenţiază la vîrste mai mari, majoritatea lor fiind diagnosticate în perioada şcolarităţii. În timp ce deficienţele profunde şi severe impun în primul rînd un diagnostic etiologic şi un tratament medical, deficienţele uşoare sînt diagnosticate prin examen psihologic şi necesită o asistenţă orientată preponderent psihosocial.

Evoluţia neuromotorie a deficienţilor mintal a preocupat întotdeauna în cel mai înalt grad pe clinicieni şi pedagogi; iniţial, acest interes pentru dezvoltarea motricităţii şi a abilităţii normale a avut un caracter pragmatic bazat pe faptul că „retardatul intelectual nu-şi va cîştiga viaţa cu inteligenţa întrucît mîinile sînt acelea care îi vor asigura un loc în societate" (Le Moal, cf. C. Kohler, 1963, p. 180). Ulterior însă, aprofundarea studiilor de psihologie şi psihofiziologie au evidenţiat o strînsă corelaţie între abilitatea motorie şi performanţele cognitive evaluate prin teste psihometrice.

Dezvoltarea fizică, marcată de dismorfii şi parazitată de simptome neurologice în deficienţele profunde, este relativ bună la cei cu deficienţă medie, aceştia fiind în general *eumorfici*. Numai la aşa-numiţii „debili organici" se constată o anumită întîrziere în maturizarea neuromotorie, ceea ce determină persistenţa reflexului catanat-plantar în extensie după vîrsta de 2 ani, precum şi a *sincineziilor* şi *paratoniilor* după vîrsta de 3 ani. De asemenea, la deficienţi se constată o mai slabă coordonare a mişcărilor voluntare şi acte motorii parazitate de mişcări involuntare.

Unii deficienţi prezintă tulburări ale sistemelor senzoriale, dar acestea nu se datoresc atît leziunilor *senzorium*-ului, cît mai ales unei inerţii funcţionale generale a sistemului nervos. Studii recente asupra privării senzoriale şi supraaferentării au semnalat slaba rezistenţă a deficienţilor mintal la stimularea senzorială normală; ei nu se pot adapta acestei stimulări (tolerate de persoanele normale) iar suprastimularea (vizuală, auditivă sau tactilă) determină stări afective negative (irascibilitate, nervozitate) şi dezorganizare comportamentală. Considerăm că, din acest punct de vedere, deficienţii mintal se aseamănă bolnavilor nevrotici care prezintă de asemenea o hiperestezie senzorială; mai mult, se consideră că unii deficienţi evită supraaferentaţia senzorială sau îşi creează o barieră psihologică recurgînd la o atitudine de „ecranare" faţă de stimuli (pe care-i percep ca supraliminali) printr-o anulare a răspunsurilor, situaţie care aminteşte autismul. Această intoleranţă a deficienţilor faţă de stimularea senzorială şi supraaferentaţie s-ar explica prin incapacitatea lor „de-a organiza biţii de informaţie într-un întreg cu semnificaţie" (L. Cytryn şi R. Lourie, 1980, p. 2507).

Investigarea *funcţiei prosexice* oferă date aparent contradictorii traduse printr-o hipoprosexie voluntară şi o hiperprosexie spontană; astfel, deficienţii mintal posedă o bună mobilizare, distribuţie şi mobilitate a atenţiei, dar o slabă putere de concentrare, fiind uşor atraşi de

stimuli nesemnificativi din mediu. Totodată, ei prezintă o anumită incapacitate de a-şi inhiba răspunsuri învăţate, pe care le oferă şi în situaţii inadecvate; în legătură cu aceasta este menţionată incapacitatea de a inhiba atenţia faţă de stimuli interni şi o reactivitate difuză faţă de o varietate de stimuli externi „nerelevanţi" (*ibidem*, p. 2511).

Ca urmare a superficialităţii atenţiei, *memoria* deficienţilor mintal se caracterizează printr-o insuficientă fixare, alături de slăbirea memoriei de scurtă durată, fapt care îi împiedică în învăţare şi explică, sub un anumit unghi, insuccesele lor şcolare. Cu toate că deficitul memoriei de scurtă durată este considerat de R. Ellis (1963) o tulburare de bază a debilităţii mintale, menţionăm că numeroşi deficienţi, în special nonorganici, au o memorie în limite normale, fapt ce maschează întrucîtva deficitul raţionamentelor. În anumite cazuri, păstrarea şi evocarea mnezică a deficienţilor poate atinge performanţe deosebite, mult superioare normalilor. Unii clinicieni consideră că posibilitatea particulară a conservării şi evocării mnezice a unor deficienţi ar sta la baza memoriei lor „mecanice" excepţionale, utilizată în mod compensator insuficienţei cognitive. Cazurile sînt însă deosebit de rare, iar *hipermnezia* acestor deficienţi este „limitată la un domeniu extrem de redus de fapte, astfel încît memoria lor nu contribuie la ridicarea eficienţei activităţii de cunoaştere "(Mariana Roşca, 1967, p. 131).

Studiul *operativităţii gîndirii* şi al modurilor de *organizare cognitivă* ilustrează că la deficienţi are loc o scădere a ritmului dezvoltării cognitive, care pierde tot mai mult cadenţa faţă de copiii normali, pe măsura avansării în vîrstă. Spre deosebire de copilul normal, unde are loc o mobilitate crescîndă a raţionamentelor şi o echilibrare a operaţiilor gîndirii, deficientul mintal prezintă o încetinire în utilizarea noţiunilor ca şi în elaborarea judecăţilor şi raţionamentelor. Acest fapt este explicabil întrucît tendinţele de supleere a anumitor aspecte ale insuficienţei psihice determină performanţe în alte domenii. Dealtfel, debilul cu o vîrstă cronologică superioară copilului de aceeaşi vîrstă mintală prezintă anumite aspecte psihice care-l avantajează, ca, de exemplu: experienţă mai amplă, posibilităţi de condiţionare superioare şi poate chiar interese mai largi în anumite domenii; totodată, sub alte raporturi, el este handicapat faţă de copilul cu acelaşi nivel mintal, prin faptul că întîmpină dificultăţi mai mari în orientarea şi adaptarea la situaţii noi, fiind în acelaşi timp tributar deprinderilor şi condiţionărilor. Mai mult chiar, în activitatea practică se constată persistenţa anumitor stereotipii comportamentale care, odată însuşite, dispar cu mare dificultate. În acest sens putem cita exemplul clasic oferit de E. Kraepelin asupra unui deficient care lucrase la bucătăria spitalului dar, revenit acasă, a continuat să pregătească mîncarea cu aceleaşi mari cantităţi de alimente.

În linii generale, gîndirea deficienţilor mintal se caracterizează printr-un flux ideativ sărac, un ritm lent al ideilor, iar conţinutul ideativ este legat în mod predominant de aspectele real-concrete ale existenţei. Există un consens al observaţiilor în ceea ce priveşte dificultatea debilului mintal de a-şi însuşi cunoştinţe în acelaşi ritm şi în acelaşi volum cu copiii normali; dacă aceste diferenţe par mai reduse la început, „ele cresc proporţional cu complexitatea procesului de învăţare" (L. Cytryn şi R. Lourie, 1980, p. 2510). Se consideră, de asemenea, că „deficitul calităţilor verbale" ar constitui principalul handicap în dezvoltarea capacităţii de abstractizare şi generalizare. Desigur, la deficitul achiziţiilor lexicale contribuie „un

mare număr de tulburări de limbaj...care accentuează fenomenul de perseverare verbală...și fac să crească sensul aleatoriu al celor exprimate" (E. Verza, 1971, p. 175). Toate acestea își pun amprenta asupra performanțelor intelectuale care apar în primul rînd ca deficitare. Astfel, observația clinică și experimentală atestă faptul că la debilul mintal nu există concordanță între efortul intelectual și performanță; absența raportului între efortul intelectual și rezultat, această „lipsă de economie, a fost numită *disteleologie* a activității intelectuale, care-l defavorizează în fața lumii, situîndu-l întotdeauna în poziția celui mai slab" (A. Busemann, 1966, p. 698).

Pe de altă parte, sînt consemnate „atingeri legate de pulsiunile epistemofilice care, la rîndul lor, pot duce la un defect de elaborare a funcției simbolice" (R. Misès, R. Perron, 1983, p. 148). Aceasta ar constitui premisa tulburărilor de semnificare, interpretate astăzi nu numai ca expresie, ci și ca „vectori ai structurilor deficitare".

În virtutea gradului înalt de sugestibilitate și credulitate, deficientul mintal prezintă o mare aviditate de relaționare afectivă în care își caută protecție și securitate. Identificările sale, puțin elective, sînt difuze și masive, ilustrînd persistența imaturității afective. Deși cei mai mulți deficienți sînt atașați și afectuoși, unii se caracterizează prin egoism, egocentrism, slabă toleranță la frustrație și situații privative, față de care reacționează amplu și impulsiv. Datorită iritabilității și irascibilității sale, deficientul mintal are ieșiri violente în situații limită, constrîngătoare sau cînd se încearcă reprimarea acțiunilor sale indezirabile. Aceste manifestări ilustrează fragilitatea organizării lor psihice și a vulnerabilității sporite, atît în fața tendințelor interne ale trebuințelor proprii, cît și la incitațiile ambianței. Într-o măsură variabilă, aceste aspecte se înscriu în structura afectivă a deficientului, constituind o sursă generatoare de conflict; mai mult, se consideră că „una din caracteristicile de bază care definesc formula afectivității deficientului mintal este starea conflictuală" (C. Păunescu, 1977, p. 192).

Starea de tensiune afectivă, iritabilitatea și instabilitatea apar în momentele de schimbare a obișnuințelor și stereotipiilor sale (schimbarea domiciliului, a școlii sau numai simple vizite ori modificarea programului zilnic), ceea ce a dus la concluzia că incapacitatea deficientului mintal de-a tolera schimbarea determină dezorganizarea comportamentului său. Desigur, amploarea reacțiilor sale depinde de forma clinică a deficienței, gradul intoleranței sale la schimbare, mărimea și semnificația schimbării. Desigur, incapacitatea de a tolera schimbarea influențează în cea mai mare măsură adaptarea. Astfel, numeroase studii au evidențiat faptul că un grad mai mare de „stabilitate emoțională favorizează adaptarea socială" (N. O'Connor, 1971, p. 227) și chiar performanța profesională (J. Schafter, 1957, p. 599).

Personalitatea deficientului este o noțiune contestată de unii clinicieni care consideră că este vorba numai de „o individualitate ce poate să furnizeze baza necesară edificării personalității...iar în măsura în care anumite acte (de decizie) se repetă, se stabilește o atitudine care se dezvoltă, ca un caracter, ca un nucleu al personalității, într-o concepție despre lume" (A. Busemann, 1965, p. 723). Pe de altă parte, alți autori vorbesc de „dezvoltarea personalității debililor mintal" (R. Perron, 1960, p. 397), de „o tulburare a personalității deficienților mintal profunzi"

D. Rouguès, 1969, p. 491) sau combat „tendința generală a tratatelor de psihologie sau psihopedagogie a educației, de a considera deficientul mintal fără o personalitate specifică" (C. Păunescu, 1977, p. 26).

Desigur, nu este contextul analizei acestei probleme, dar trebuie menționat faptul că deficiența mintală nu poate fi privită numai din perspectiva unilaterală a tulburărilor de inteligență și nici ca o adiție a unor deficiențe, ci ca „o reală dizarmonie funcțională a psihismului care vizează aspecte multiple ale personalității" (F. Guignard și colab., 1971, p. 125). Mai mult, A. Rey (1953) consideră că în exersarea posibilităților relaționale, ca și în organizarea personalității deficientului mintal, starea intelectuală nu este decît un instrument, în timp ce viața socială, trebuințele constituționale și dobîndite sînt acelea care pun ființei „mintal-limitate" situații problemă.

Avînd o structură psihică ce prezintă trăsături particulare, cu alte posibilități de relaționare, deficientul mintal recurge la mecanisme de apărare deosebite de cele obișnuite, bazate pe inerție, dependență, sugestibilitate sau, dimpotrivă, pe opoziționism, încăpățînare, ostilitate ori agresivitate. De cele mai multe ori, conștienți de propria lor limitare, trăind afectiv-negativ situații de ignorare, respingere sau ironizare, ei recurg la conduite compensatorii particulare și nu mai puțin prejudiciabile, ca fabulația, mitomania, perversiuni sexuale sau angajarea în acțiuni medico-judiciare. Favorizate de anumite trăsături de personalitate, aceste conduite și acțiuni apar și ca mijloace ale „afirmării de sine", atunci cînd aceasta nu se poate realiza în cadrele sociale obișnuite. Într-o lume complexă, cu standarde ridicate de expectație și exigență, personalitatea deficientului mintal este marcată de caracterul particular de desfășurare a posibilităților sale limitate. În acest amplu context, cunoașterea și înțelegerea deficiențelor mintale și în special a celor ușoare, trebuie să se realizeze nu numai prin prisma investigației psihometrice sau a eșecului în situațiile școlare, ci și în perspectiva organizării sociale a unui grad cît mai înalt de independență și autoconducere.

7.5. *Intelectul de limită*, zona de trecere între normofrenie și nosografie, este o categorie relativ recent delimitată, dar din motive diferite contestată, în orice caz, controversată.

Situația amplu discutată a intelectului de limită ridică cel puțin două probleme și anume: a) această grupă constituie o realitate clinică și psihopedagogică sau un artificiu nosografic, impus de exigențele societății moderne; b) dacă este o grupă reală, intelectul de limită se află la limita normalului, cuprins sub cupola quassiană a acestuia, sau în aria subnormalității, respectiv a deficienței mintale? Pentru a răspunde acestor întrebări, vom folosi argumente sociologice, psihometrice și psihopedagogice.

Acceptată de Organizația Mondială a Sănătății și inclusă în *Clasificarea Internațională a Bolilor*, această grupă de deficiență mintală are o sorginte socioculturală, fiind expresia exigențelor și expectațiilor tot mai înalte formulate de societatea modernă. În acest context, trebuie să precizăm că, cu cît standardele socioculturale ale unui grup sînt mai ridicate, cu atît numărul oligofrenilor sporește și aria deficienței se lărgește. Dimpotrivă, în grupurile sociale cu standarde culturale și intelectuale reduse, deficiența mintală, ca dealtfel și alte tulburări psihice, își estompează

de specificitate diluîndu-se în normalitate. Astfel, într-un studiu efectuat de experţii O.M.S. în Kenya, pe o populaţie de peste o jumătate de milion de locuitori, s-a constatat că procentul deficienţilor mintal era de aproximativ o sută de ori mai redus decît în majoritatea ţărilor europene. Pe de altă parte, urbanizarea, industrializarea, tehnicizarea, şi în acest cadru şcolarizarea şi abilităţile privind adaptarea, au impus standarde intelectuale şi educaţionale pe care mulţi nu le-au putut atinge, fiind incluşi în aria intelectului de limită, ridicînd astfel morbiditatea prin oligofrenie. Subliniem totodată faptul că adaptarea este în mare măsură condiţionată de factorii culturali ai unei societăţi; astfel, dacă deficienţa severă sau moderată impietează asupra posibilităţilor de adaptare la orice standard sociocultural, în cazul intelectului „limită" adaptarea depinde de standardul culturii particulare căreia cel în cauză îi aparţine.

Cu un Q.I. cuprins între 71 şi 85, care corespunde unei vîrste mintale de 12—14 ani, aceste persoane întîmpină dificultăţi în privinţa sesizării şi înţelegerii cauzalităţii complexe sau a raţionamentelor matematice ale şcolii elementare. Dacă debilul mintal propriu-zis (oligofrenul de gradul I din sistematizarea tradiţională) nu putea parcurge instanţele instructiv-educative, ale claselor primare, cel cu intelect de limită nu poate atinge, cel puţin într-un ritm normal şi pe o durată optimă, exigenţele claselor elementare; el rămîne la o gîndire bazată pe explicaţii predominant concret-antropomorfice, fiind un deficitar al gîndirii conceptuale, incapabil de abstractizare. Aflaţi sub limita inferioară a normofreniei, acest contingent de tineri poate glisa, în virtutea fragilităţii lor psihoafective şi a limitării cognitive, pe linia tulburărilor comportamentale, îngroşînd rîndurile sociopatiilor, după cum, bine ghidaţi sub aspect psihopedagogic, profesional şi etic, pot accede la o existenţă independentă şi decentă.

Evidenţiind limitele cognitive şi particularităţile psihoafective ale deficientului „liminal" constatăm că prin posibilităţile intelectuale şi structura de ansamblu a personalităţii sale, el se apropie într-o mai mare măsură de oligofren, decît de copilul normofren. Înţelegerea şi respectarea *de facto* a acestei realităţi prezintă o importanţă esenţială, atît pentru destinul socioprofesional al debilului marginal, cît şi pentru copilul normal, întrucît:

— aprecierea marginalilor liminali ca oligofreni impune polarizarea eforturilor instructive şi educaţionale asupra acestei grupe extrem de numeroase, în vederea creşterii posibilităţii lor de adaptare şi integrare socială optimă şi oportună;

— grupul şcolar al normofrenilor este eliberat de reţineri retardative, ca şi de perturbări comportamental-afective, care „infestează" în grade variabile, deşi uneori greu sesizabile, atît relaţiile interindividuale, cît şi evoluţia generală a procesului instructiv-educativ.

Apreciat atît sub raportul posibilităţilor, cît şi al potenţialităţilor, al valenţelor relaţionale şi al forţelor vectorial-intelectuale, liminalul mintal nu se află la limita inferioară a normofreniei, ci la limita superioară a oligofreniei. Aceste persoane nu se află nici într-o ipotetică *zona incerta* dintre normofrenie şi hipofrenie, ci aparţin, cu un statut pe care societatea modernă îl conturează tot mai net, domeniului deficienţelor mintale.

8. Insuficiența cognitivă concomitentă și consecutivă deficiențelor senzorio-neuro-motorii

Printre anomaliile somatice ale deficienților mintal se înscriu și perturbările senzorio-motorii care sînt cu atît mai frecvente și mai intense, cu cît deficitul cognitiv este mai grav. Estimate în mod diferit de către clinicieni „la 15% pentru deficiențele vizuale și 8% pentru cele auditive" (J. L. Lang, 1962, p. 38), aceste perturbări, expresie a anomaliilor neurologice centrale sau periferice, limitează aferentația senzorială și, în mod secundar, aria informațională. În felul acesta, handicapul cognitiv inițial nu poate fi recuperat, adîncindu-se prin limitarea aportului informațional. Nivelul scăzut al stimulării senzoriale consecutiv afectării diverșilor analizatori joacă un rol important nu numai în dezvoltarea cognitivă, ci și în organizarea personalității deficientului, imprimîndu-i dimensiuni și trăsături patoplastice.

8.1. Deficiențele senzoriale, mai ales vizuale și auditive, trec de cele mai multe ori neobservate înainte de școlaritate, prejudiciind atît randamentul școlar, cît și comportamentul general. Astfel, ambliopiile, ca și alte tulburări de vedere, antrenează un deficit de organizare a percepției spațiale și motorii, fapt care impietează asupra dezvoltării gîndirii categoriale; investigați clinico-psihologic, acești deficienți, de obicei cu pseudooligofrenie obțin rezultate mai bune la probele verbale și rezultate mai slabe la probele de performanță. Hipoacuziile și în general tulburările de auz determină dificultăți în organizarea limbajului și un tablou comportamental de oligofrenie severă, copilul devenind agresiv, bizar, opozant sau, dimpotrivă, inhibat, repliat asupra lui însuși.

Investigația clinico-psihologică a unui copil cu deficiențe concomitente relevă anumite aspecte generale printre care menționăm:

— ambliopii (de obicei cu pseudooligofrenie) obțin rezultate mai bune la probele verbale și mai slabe la probele de performanță;

— hipoacuzicii, dimpotrivă, prezintă rezultate superioare la probele de performanță, avînd răspunsuri inferioare posibilităților reale la probele verbale;

— deficienții mintal (fără atingeri ale senzorium-ului) prezintă un prag senzorial mai ridicat și o perioadă mai mare de latență la stimuli.

8.2. *Deficiențele motorii*; secundare unor leziuni ale sistemului nervos central sau periferic sînt asociate deseori oligofreniei, ca expresie a aceleiași etiologii organice. Deficitul motor joacă un rol important în ansamblul organizării psihice, atît la copilul cu nivel cognitiv normal, cît și (cu atît mai mult) la deficientul mintal. Prin deficitul conduitei eupraxice, se determină în mod secundar scăderea informației care, la rîndul ei, are drept consecință un deficit conceptual cu implicații negative asupra dezvoltării cognitive. Dar nu numai limitarea motorie impietează asupra dezvoltării intelectuale, ci și instabilitatea motorie care „poate jena capacitatea de învățare, iar unele deprinderi motorii condiționate să-și piardă valoarea lor formativă, antrenînd un monolog motor steril" (J. de Ajuriaguerra, 1974, p. 645). Pe de altă parte, se constată că în oligofreniile „endogene", care nu sînt asociate cu leziuni cerebrale importante, eficiența praxică, fiind strîns corelată cu posibilitățile cognitive, realizează ceea ce unii clinicieni numesc o „debilitate motorie" care afectează precizia, supleța și rapiditatea mișcărilor.

8.3. *Tulburările afazo-apraxo-agnozice* sînt determinate de leziuni cerebrale şi pot evolua în mod independent sau în strînsă corelaţie cu o insuficienţă cognitivă. Fiind tulburări ale funcţiilor instrumentale, gnozo-praxice, ele determină întîrzieri atît în apariţia limbajului vorbit şi scris, cît şi în privinţa posibilităţilor de organizare spaţială a subiectului; în fond, tulburările afazo-agnozice pot fi considerate ca defecte intelectuale parţiale.

Cu toate că există un consens al opiniilor privind strînsa corelaţie dintre gîndire şi limbaj în situaţiile normale, în oligofrenii pot exista disfuncţii ale acestor funcţii psihice, „neexistînd un paralelism între tulburarea de limbaj şi gradul insuficienţei mintale" (S. Borel-Maisonny, 1968, p. 133). Dimpotrivă, alţi clinicieni apreciază gradul deficienţei axîndu-se pe analiza limbajului, apreciat ca sistem semnificant comun. Această opinie este fondată pe faptul că integrarea limbajului are loc printr-o condiţionare între „cuvinte şi lucruri", ceea ce duce la realizarea de structurări ale experienţei, care devine astfel simbolizată prin cuvintele utilizate. În acest sens, insuficienţa cognitivă se exprimă prin analiza a doi parametri esenţiali : integrarea limbajului şi integrarea socială. Aceşti factori sînt consideraţi complementari, întrucît, conform opiniei lui M. de Maistre (1970), integrarea socială nu este posibilă fără integrarea „experienţei universalizate şi conceptualizate" care este limbajul, iar acesta nu se poate dezvolta decît într-un cadru social.

9. Deficienţele mintale în relaţie cu bolile psihice şi manifestările comportamentale

9.1. *Relaţia dintre deficienţa psihică şi fenomenologia psihopatologică* a fost sesizată încă din a doua jumătate a secolului trecut, cînd Magnan a constatat predispoziţia delirantă a oligofrenilor şi a interpretat deficienţa mintală ca fond favorizant al dezvoltării delirului. Ulterior, numeroşi autori au descris la oligofreni idei delirante cu conţinut revendicativ şi persecutoriu, semnalînd caracterul sărac al temelor delirante.

Controversata problemă a interrelaţiilor dintre deficienţa mintală şi tulburările psihice, departe de a fi elucidată, a devenit tot mai complexă odată cu dezvoltarea pedopsihiatriei care a contribuit la reliefarea tablourilor clinice psihopatologice, la delimitarea diagnostică şi la cunoaşterea naturii şi evoluţiei lor. Referitor la această problemă precizăm că actualmente se consideră depăşită noţiunea clasică de deficienţă mintală „cu tulburări asociate", întrucît acestea, indiferent de manifestarea şi forma lor clinică, „nu exprimă juxtapunerea unor fenomene de nivel diferit şi cu origine diferită" (R. Misès şi R. Perron, 1983, p. 148), fiecare element psihopatologic fiind interdependent de celelalte în cadrul dizarmoniei evolutive ce orientează fenomenologia clinică a procesului morbid. Spre deosebire de observaţiile empirice, conform cărora „psihopatologia deficientului mintal diferă numai ca frecvenţă şi nu ca natură de psihopatologia din populaţia generală" (L. Cytryn şi R. Lourie, 1980, p. 2510), studii aprofundate au căutat să evidenţieze particularităţile şi eventual specificitatea manifestărilor psihopatologice ale deficienţelor mintale. Aceste trăsături psihopatologice caracteristice s-ar traduce clinic prin „autismul nonpsihotic, repetitivitate, inflexibilitate, pasivitate emoţio-

nală, imaturitate, diferenţiere insuficientă a funcţiilor Eului etc. (G.T. Webster, 1963, p. 120) sau prin „comportament repetitiv, stereotip, obsesiv şi dificultăţi în dezvoltarea limbajului" (S. Chess, 1970, p. 122).

De asemenea, nu există un consens privind amploarea manifestărilor psihopatologice la deficienţii mintal; astfel, în timp ce unii clinicieni consideră că acestea sînt de mică amplitudine şi episodice, alţii argumentează că ele sînt mai severe şi cu o evoluţie mai îndelungată decît la copiii fără deficienţă mintală. Menţionăm însă că în timp ce tulburările de comportament sînt apanajul deficienţelor mintale uşoare, psihozele au fost raportate mai ales la debilitatea medie şi profundă.

Cu toate că manifestările psihopatologice ale deficienţilor mintal au fost tot mai atent decupate în ultimii ani, se consideră că „un mare număr de copii cu insuficienţă intelectuală...pun în joc alte mecanisme psihologice sau psihopatologice" (R. Misès, 1975, p. 21) realizînd tablouri clinice particulare numite *psihoze cu expresie deficitară*, a căror frecvenţă, tot mai mare a determinat limitarea ariei tradiţionale a deficienţei „simple" sau „omogene". În acest context vom analiza raporturile deficienţei mintale cu principalele arii ale psihopatologiei clinice.

9.2. *Deficienţa mintală şi procesele psihotice.* Controversata relaţie dintre psihoză şi deficienţa mintală, deşi dăinuie de la sfîrşitul veacului trecut, rămîne, fără îndoială, piatra de încercare a psihopatologiei vîrstei copilăriei. Aceasta cu atît mai mult cu cît, deşi au fost întreprinse minuţioase studii clinice, tendinţa de discriminare a celor două condiţii, deficienţa şi psihoza, încă nu este elucidată, considerîndu-se că „toate psihozele infantile pot să comporte un aspect deficitar mai mult sau mai puţin important", după cum „în toate deficienţele mintale pot coexista elemente psihotice" (G. Guériot şi C. Chancé-Serve, 1983, p. 90). Apariţia unui proces psihotic la un copil deficient psihic a fost semnalată de E. Kraepelin (1896) care a denumit această entitate clinică *propfhebefrenie*; pentru situaţia în care procesul psihotic apărea la un deficient care a depăşit vîrsta pubertăţii E. Bleuler impune termenul de *propfschizofrenie*. Incoerenţa şi autismul multor deficienţi mintal au indus opinia conform căreia schizofrenia survine cu predilecţie pe terenul oligofreniei statuîndu-se concepţia *schizofreniei grefate* care călăuzeşte şi astăzi numeroşi clinicieni în activitatea practică.

Considerăm că frecvenţa mare a simptomatologiei schizofrenice la deficienţii mintal (estimată între 40% şi 4%) a determinat o concepţie etiopatogenică organicistă a fenomenologiei discordante în virtutea căreia aceasta ar fi favorizată în apariţie de fondul cerebral-organic. Această concepţie a impus şi noţiuni corespunzătoare ca aceea de *encefalopatie schizofrenică* (Marchand), de *formă pseudoschizofrenică a encefalopatiei* (Fuller), *encefalopatii evolutive* sau *encefalopatii schizofreniforme*. În concepţia clinicienilor respectivi aceşti copii ar reprezenta „cazurile mixte" ale oligofreniei ,exprimate clinic printr-o deficienţă cognitivă şi o simptomatologie pseudoschizofrenică. De asemenea, numeroşi clinicieni au descris la deficienţi *stări delirante polimorfe şi tranzitorii* (denumite clasic *bufee delirante ale degeneraţilor*), precum şi organizări psihotice discordante durabile. Fără îndoială că, în aceste situaţii, „există un mixaj al celor două serii de simptome; unele traducînd o deficienţă sau o întîrziere în dezvoltarea copilului, altele exprimînd o distorsiune relaţională de ordin psihotic" (G. Guériot şi C. Chancé-Serve, 1983, p. 90).

Pe de altă parte, se consideră că toate aceste tablouri clinice nu ar fi deficienţe mintale adevărate, depunîndu-se eforturi constante de diferenţiere şi de separare cît mai netă între stările psihotice şi oligofreniile propriu-zise.

În activitatea practică, distincţia dificilă între o deficienţă mintală şi o psihoză cu debut nespecific şi insidios este, într-adevăr, susceptibilă să ducă la ideea unei evoluţii psihotice a deficienţei, unii clinicieni vorbind de o „asociaţie între schizofrenie şi debilitatea mintală" (M. Schachter, 1963, p. 123). Această relaţie este exprimată în mod diferit sub raportul incidenţei, fiind ignorată de unele studii, în timp ce altele „atribuie debililor mintali un foarte mare risc de îmbolnăvire psihotică, estimarea acestuia atingînd 40% din cazuri" (H. I. Kaplan, B. J. Sadock, 1983, p. 865). Faptul că deficienţa mintală, ca afecţiune primară, îmbracă uneori forme particulare, cu manifestări disociative sau discordante, a determinat pe clinicienii ultimelor decenii să emită opinia unei „deficienţe mintale evolutive", precum şi a unui raport de continuitate între oligofrenie şi schizofrenie. Această concepţie clinică pe care o considerăm deosebit de importantă, atît sub aspect teoretic (al psihodinamicii manifestărilor psihopatologice), cît şi practic (al adoptării unei corecte conduite terapeutice), nu a fost încă elucidată, în ciuda cercetărilor întreprinse de către F. J. Menolascino (1965), S. Lebovici şi colab. (1967), B. Lechevalier şi H. Flavigny (1967), J. L. Lang (1969), R. Misès (1969) etc.

Totuşi, ideea a fost menţinută şi studiile complexe efectuate în ultima vreme pe loturi reprezentative de bolnavi remarcă strînsa intricare între simptomatologia deficitară şi fenomenologia psihotică. Această situaţie este determinată de faptul că o deficienţă mintală este întotdeauna însoţită, după cum constată J. L. Lang (1969), de tulburări în relaţia cu sine, cu celălalt şi cu lumea, atît în planul funcţiunilor, cît şi în acela al expresiei emoţionale şi al conduitelor; pe de altă parte, în orice psihoză există tulburări cognitive care vor altera în mod esenţial gîndirea conceptuală şi utilizarea simbolurilor, situaţie ce va determina limitări sau chiar deficite la nivelul eficienţei acestor funcţiuni. Imposibilitatea separării clinice tranşante între deficienţa mintală şi psihoză a determinat în ultimii ani conturarea unei zone nosografice alcătuite din *psihoze cu expresie deficitară*, care „includ copii descrişi de autorii clasici sub numele de encefalopatii schizofrenice, reacţii psihotice la arieraţi, debilităţi evolutive şi psihoze grefate" (R. Misès, 1973, p. 26). În aceste situaţii, în funcţie de caz, sînt folosiţi termenii de „psihotici deficienţi" sau „arieraţi psihotici", „după cum accentul este pus asupra prevalenţei proceselor psihotice sau ale sindromului deficitar" (G. Guériot şi C. Chancé-Serve, 1983, p. 92), simptomele celor două condiţii fiind strîns intricate încă de la apariţia procesului psihotic.

Desigur, unificarea noţională nu este echivalentă cu dizolvarea diverselor entităţi şi nici cu rezolvarea controversatelor probleme nosografice, servind eventual clarificărilor didactice. Astfel, probleme particulare de diagnostic ridică distincţia între o psihoză care a apărut pe un fond psihic deficitar şi un deficit psihic de origine psihotică. În prima situaţie se va ţine seama de caracterul dizarmonic al dezvoltării psihice, de unele manifestări anxioase şi de aspectul atipic al relaţiilor copilului cu ambianţa; în a doua eventualitate, a psihozei dizolvate în deficit, se remarcă în primul rînd autismul, care învăluie deficienţa cognitivă şi elementele de depersonalizare.

Dificultăţi de distincţie nosografică ridică, de asemenea, stările prepsihotice în raport cu deficienţele mintale uşoare. Într-adevăr, hipobulia, tendinţele autiste şi apragnatismul unui copil cu debut lent şi insidios de psihoză discordantă pot induce confuzii cu deficitul mintal „armonic"; acesta prezintă însă o atingere mai mult sau mai puţin omogenă a proceselor cognitive, iar curba evoluţiei sale psihice este relativ regulată. În plus, deficientul mintal prezintă relaţii sensibile între nivelul afectiv şi cel intelectual, iar dezvoltarea psihomotorie este global întîrziată, ceea ce conferă omogenitate rezultatelor la testele cognitive; de asemenea, debilul mintal poate prezenta antecedente organice, înscrise frecvent în etiopatogenia deficienţei cognitive. Spre deosebire de acesta, copilul prepsihotic sau cu debut psihotic subclinic poate prezenta simptome discrete care evocă starea discordantă: autism, solilocvie, tendinţe stereotipe, ritualuri, anxietate, elemente delirante. La el se remarcă, de asemenea, heterogenitatea posibilităţilor intelectuale şi a rezultatelor la testele cognitive ca şi o discordanţă atît în comportamentul copilului, cît şi între impresia clinică şi rezultatele examenului psihometric.

Evoluţia psihozelor care au un tablou clinic asemănător cu acela al deficienţelor mintale aduce, în cele din urmă, clarificări nozografice, deşi nu trebuie aşteptată „proba timpului" pentru elucidarea diagnosticului. Desigur, unele psihoze ale copilului oferă după adolescenţă tablouri psihotice autentice; altele însă îmbracă „forme pseudonevrotice secundare", iar o a treia categorie se organizează în „forme oligofrenice" (S. Lebovici şi colab., 1967, p. 13). Această ultimă eventualitate, a stabilizării în oligofrenie a unei fenomenologii psihotice, a făcut obiectul unor analize clinice longitudinale care au evidenţiat că mulţi copii psihotici prezentau, după adolescenţă, tabloul unei deficienţe mintale, „cu conduită şi inserţie socioprofesională, caracteristice oligofreniei uşoare" (B. Lechevalier şi H. Flavigny, 1967, p. 51).

Referindu-ne la psihozele propriu-zise, care apar la vîrsta copilăriei, menţionăm că impactul acestora asupra unor funcţii psihice insuficient edificate va determina un prognostic a cărui severitate va fi în funcţie de vîrsta copilului. Astfel, dacă debutul psihozei are loc înainte de patru ani, dată fiind fragilitatea sistemului nervos la această etapă a dezvoltării, prognosticul va fi sumbru, marcat de o regresie psihică generală şi profundă, procesul psihotic îmbrăcînd o formă pseudodemenţială, caracterizată în primul rînd prin autism şi automutilare. Dacă debutul psihozei are loc după vîrsta de 4—5 ani, tabloul clinic va cuprinde elemente caracteristice formei clinice respective, iar prognosticul va fi diferit, în funcţie de natura şi gravitatea procesului psihotic. În aceste situaţii psihoza poate determina o stare psihică deficitară, atît prin procesul psihotic în sine, cît şi prin faptul că fenomenele clinice psihotice, după cum subliniază R. Misès (1981), tulbură aprehensiunea şi investirea realului, a lumii externe şi a relaţiilor obiectale precoce.

9.3. *Deficienţa mintală şi reacţiile nevrotice.* Situaţiile psihotraumatizante, generatoare de reacţii nevrotice, au pentru copil o semnificaţie diferită faţă de adult, fiind provocate de hiperautoritarism parental, situaţie familială conflictuală, disociere familială, insuficientă protecţie şi securitate (mai ales pentru cei din afara mediului familial), ca şi fixarea excesivă la o mamă hiperprotectoare. Acestea, ca şi numeroase alte impre-

jurări, determină o stare de inhibiţie, cu influenţe negative asupra comportamentului general şi apariţia unor reacţii nevrotice de amplitudine variabilă.

Este important să se distingă manifestările nevrotice care apar pe fondul deficienţelor psihice de *pseudodeficienţele nevrotice*, în care copiii se prezintă ca inactivi, inhibaţi, conformişti, inoportuni în răspunsuri şi reacţii etc., situaţie ce apare mai elocventă într-un context social particular şi mai redusă în cadrul familial. Psihometria ilustrează la ei o discrepanţă între rezultatele foarte bune la testele de performanţă şi rezultatele deficitare constatate la testele verbale.

Deşi considerăm că în virtutea structurii sale psihice deficientul mintal nu poate dezvolta decît reacţii nevrotice, unii clinicieni consemnează totuşi existenţa de nevroze propriu-zise. Pe de altă parte, la deficienţi, „mecanismele de tip fobic obsesional sau isteric tind, mai degrabă, să se organizeze ca trăsături de personalitate decît să ocupe un loc în prim plan" (R. Misès, R. Perron, 1883, p. 147). Desigur, în mod schematic putem considera că incidenţa nevrozei este în funcţie de rezultanta dintre amploarea şi semnificaţia factorilor conflictuali psihotraumatizanţi şi gradul de organizare şi structurare a personalităţii sau, în alţi termeni, gradul de elaborare a mecanismelor de apărare ale Eului. În virtutea acestor considerente de ordin etiopatogenic, ar trebui ca incidenţa nevrozelor în cadrul deficienţelor mintale să fie extrem de ridicată. Totuşi, situaţia clinică nu ilustrează acest raţionament, întrucît nevroza, *stricto sensu*, apare cu precădere la persoane cu un înalt grad de elaborare a psihismului, care au capacitatea unor ample investiţii afective şi sociale, care trăiesc intens evenimentele personale şi ale lumii sale, la cei pentru care aceste evenimente nu sînt elemente contingente, ci fapte cu semnificaţii evidente.

9.4. *Deficienţele mintale şi tulburările comportamentale.* Structura psihică deficitară poartă germenii dizarmoniei care se traduce clinic prin tulburări de comportament estimate la o frecvenţă de 7—40% din ansamblul oligofreniilor. În virtutea dezordinii lor comportamentale aceşti deficienţi mintali au mai fost denumiţi „dizarmonici", noţiune ce datează de la vechea sistematizare a lui Vermeylen şi Simon (1924) reluate de R. Misès şi R. Perron (1983, p. 146), care, sub aspectul conduitei socioafective şi al comportamentului general, au distins:

a) *deficienţi mintal „armonici"* (denumiţi ulterior „debili ponderaţi" sau „debili utilizabili"), care sînt liniştiţi, placizi, docili, cu un anumit echilibru temperamental, conformişti, ceea ce le permite o bună adaptare la mediu sau într-un anumit cadru socioprofesional;

b) *deficienţi mintal „dizarmonici"* la care insuficienţa cognitivă este grevată de tulburări afective şi comportamentale.

Această sistematizare clinică a deficienţilor mintal în armonici şi dizarmonici, axată pe un criteriu comportamental, s-a menţinut în virtutea realismului său clinic şi a fost confirmată prin investigaţii psihometrice la care deficienţii armonici obţin rezultate omogene, în timp ce dizarmonicii obţin rezultate dispersate, oferind rezultate bune la probele mnezice şi de achiziţii şi rezultate slabe la testele de raţionament şi performanţă.

Sub unghiul patogeniei acestor categorii clinice, se consideră că „în *formele armonice* domină mecanismele structurale ale unei defiecienţe

intelectuale fixate", iar în „*deficitele dizarmonice* atingerea funcţiilor cognitive este legată de o perturbare evolutivă" (R. Misès, R. Perron, 1983, p. 146.).

În funcţie de trăsăturile de personalitate prevalente, în rîndul *deficienţilor armonici* au fost distinse mai multe categorii printre care se menţionează : *puerilii* (asimilaţi celor care au o întîrziere mintală simplă), *ponderații*, *activii* și *pasivii*. Menţionăm că denumirile de „activi" şi „pasivi" vizează în special tendinţele de extraversie şi respectiv introversie, evidenţiate prin investigaţii proiective. Studiile clinico-psihologice au remarcat de asemenea că, spre deosebire de debilii dizarmonici, cei armonici au o mai mare permeabilitate afectivă şi un spirit autocritic mai dezvoltat, ei fiind mai vulnerabili la situaţiile conflictuale şi psihotraumatizante din mediu.

De asemenea, în rîndul *deficienţilor dizarmonici* se disting următoarele categorii : *instabilii*, caracterizaţi prin irascibilitate, intoleranţă la frustraţie, hipobulie, hipoprosexie, percepţie superficială, fragmentară, egocentrism, preocupări autoerotice, interes ludic exagerat; *emotivii* care sînt sugestibili, aprobativi, poikilotimici, cu puternice valenţe afective; *proștii* care se prezintă creduli ,bonomi, deseori euforici, lipsiţi de interese generale, demobilizatori, uneori cu bune posibilităţi mnezice şi facilităţi verbale, ceea ce induce impresia de normal, în ciuda sărăciei cognitive şi a erorilor de judecată.

Această grupă, a „dizarmonicilor" a mai fost considerată ca *deficienţă mintală atipică* nu în sensul unei evoluţii discordante ci al cristalizării particulare a trăsăturilor de personalitate într-o „dizarmonie evolutivă cu versant sau expresie deficitară" (R. Misès, 1969, p. 31). Totuşi, studii relativ recente plasează deficienţele dizarmonice între psihozele cu expresie deficitară şi formele tipice ale deficienţei mintale. Mai mult, între psihoza cu expresie deficitară şi deficienţa dizarmonică a fost creată o punte reprezentată prin „deficienţa dizarmonică, cu versant psihotic", ilustrată clinic prin insuficienţă intelectuală, tulburări relaţionale şi deficienţe instrumentale „ale căror origini apar adesea complexe şi se înscriu în istoria dizarmoniei evolutive" (R. Misès, 1973, p. 27).

În ansamblu, tulburările de comportament ale deficienţilor mintal se manifestă clinic prin reacţii şi conduite antisociale, ilustrate prin instabilitate, fugă, vagabondaj, furturi, incendii, perversiuni sexuale etc., „manifestări comportamentale ce poartă din plin amprenta handicapului intelectual" (St. Milea, 1979, p. 184). Uneori, aceste tulburări de comportament domină tabloul clinic al deficienţei mintale, amploarea lor fiind „datorată hipogeneziei sau ageneziei sentimentelor moral-sociale" (P. Brînzei, 1975, p. 142); în aceste situaţii deficienţa mintală complică personalitatea dizarmonică delimitînd grupa „oligofrenopatiilor".

10. Deficienţa mintală şi delincvenţa

Trecerea în revistă a studiilor referitoare la actele medico-legale comise de persoane deficiente mintal conduce la concluzia conform căreia istoria deficienţei este împletită cu aceea a delincvenţei. Totuşi, în diverse perioade, raportul deficienţă/delincvenţă a fost nuanţat, uneori fiind puternic influenţat de concepţiile şi teoriile epocii respective. Astfel, au putut apărea lucrări care încercau să acrediteze supoziţia „criminalităţii înnăscute"

și a „constituției criminale" (C. Lombroso, H. Ellis și alții), care considerau că procentul infracțiunilor în rîndul deficienților este extrem de mare, ceea ce a determinat ca, alături de noțiunea de *deficiență mintală*, să apară aceea de *deficiență morală*. Dar nu numai studii din domeniul deficienților, ci și cele efectuate în rîndul delincvenților arătau că peste 90% dintre aceștia aveau un coeficient intelectual sub limitele normale, ilustrînd aceeași strînsă corelație între deficiență și delincvență.

Observații clinice efectuate în ultimele decenii, luînd în considerație rolul modelator al factorului social în edificarea personalității și în determinarea conduitei, au relevat aspecte diferite de cele constatate anterior, determinînd o slăbire a relației deficiență/delincvență. Astfel, s-a constatat că această înaltă corelație avea un caracter formal, bazat pe faptul că deficienții mintal cu delicte evitau mai greu urmărirea judiciară decît delincvenții nondeficienți. De asemenea, studii efectuate în ultima vreme au arătat o continuă scădere, atît a delincvenței propriu-zise în rîndul deficienților, cît și a procentului deficienților în rîndul delincvenților. De fapt, în comiterea unei infracțiuni și în apariția criminalității „temperamentul, caracterul, educația ar juca un rol mult mai mare decît nivelul intelectual" (A. Rey, 1953, p. 49). În plus, delictul, ca și infracțiunea, presupune un anumit nivel cognitiv și putem afirma că frecvența și autenticitatea delincvenței este invers proporțională cu gradul deficienței în sensul că cei ce prezintă o mai mare insuficiență cognitivă nu au posibilitatea inițierii și elaborării unor acte delictuale, servind numai ca instrumente în realizarea lor. Această aserțiune poate fi ilustrată și argumentată prin analiza particularităților delictelor deficienților care poartă amprenta insuficienței cognitive. Astfel, vagabondajul și fuga au un caracter infantil, de atracție irezistibilă, incendierile sînt cauzate de curiozitate și presupusa spectaculozitate, iar furturile sînt fie sugerate de către nondeficienți, fie impulsive, caracterizate prin lipsă de precauție și îndeminare și fără scopuri utilitare. De asemenea, crimele deficienților mintal au un caracter impulsiv fiind comise prin acumulare de resentiment și exasperare, iar suicidul este rodul sugestibilității, imitației, tendinței de pedepsire a părinților sau de șantaj pueril.

Analiza cauzelor comportamentului delincvent al copilului deficient ne conduce la concluzia că factorul determinant al delincvenței nu trebuie confundat cu acela al deficienței și nici căutat în etiopatogenia acesteia. Ceea ce favorizează și uneori condiționează delincvența nu este, așa cum se consideră în mod frecvent, insuficiența cognitivă, ci inadaptarea socială și carența educațională a deficientului psihic. Conștiința limitelor cognitive, ca și dificultățile adaptative, îl fac pe deficient să transgreseze într-o conduită delincventă și să braveze prin acte de supracompensare infracționale; de aici necesitatea măsurilor educative cărora trebuie să li se acorde o importanță cel puțin egală cu aceea a eforturilor instructive.

Bibliografie

Ajuriaguerra, J. de, *Manuel de psychiatrie de l'enfant*, Paris, Masson, 1974.

Borel-Maisonny, S., *Les troubles du langage dans la déficience mentale et leur rééducation*, „Folia phoniat.", 1968, 20, p. 133—155.

Brînzei, P., *Itinerar psihiatric*, Iași, Edit. Junimea, 1975.

Busemann, A., *Psychologie des déficiences intellectueles*, Paris, Press. Univ. France, 1965.

Chess, S., *Temperament and behaviour disorders in mentally retarded children*, „Arch. Gen. Psychiatry", 1970, 23, p. 122.
Cytryn, L., Lourie, S. R., *Mental Retardation*, în : *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, III, (H. I. Kaplan, A. M. Freedman, B. J. Sadock, eds.), Baltimore, London, Williams Wilkins, 1980, p. 2484—2526.
Ellis, N. R. *Handbook of Mental Deficiency*, New York, McGraw-Hill, 1963.
Gerard, D.S., Richmond, B. I., *Mental Retardation, America Handbook of Psichiatrry* (S. Arieti ed.), New York, Basic Books, 1975, p. 437—452.
Guériot, G., Chancé-Serve, C., *Echec scolaire et troubles de la personnalité*, în : „Confrontations psychiatriques", 1983, 23, p. 81—98.
Guignard, Fl. et al., *Les troubles de la signification chez les débiles mentaux*, „Psychiat. Enfant.", 1971, 14, 1, 125—131.
Hilgard, E. R., *Introduction to Psychology*, Harcourt, Brace, World, 1962.
Inhelder, B., *Le diagnostic du raisonnement chez les débiles mentaux*, Neuchâtel, Delachaux et Niestlé, 1963.
Ionescu, G., *Posibilităţi terapeutice ale comportamentului generat de insuficienţa cognitivă*, în : *Terapie psihotropă* (red. V. Predescu), Bucureşti, Edit. medicală, 1968, p. 409—414.
Ionescu, G., *Psihologia deficienţilor mintal*, în : *Sinteze de psihologie contemporană. Psihologia educaţiei şi dezvoltării* (red. I. Radu şi colab.), Bucureşti, Edit. Academiei, 1983, p. 271—281.
Kanner, L., *A history of the care and study of the mentally retarded*, Thomas, Springfield, 1964.
Kaplan, H. I., Sadock, B. J., *Modern Synopsis of Comprehensive Textbook of Psychiatry*, III, Baltimore, London, Williams-Wilkins, 1983.
Kohler, C., *Les déficiences intelectuelles chez l'enfant*, Paris, P.U.F., 1963.
Lang, J. L., *L'enfance inadaptée*, Paris. P.U.F., 1964.
Lang, J. L., *Le problème nosologique des rélations entre structure psychotique et structure déficitaire (psychose à expression déficitaire et „ariération psychose")*, „Excerpta Med. Found.", 1969, 1, p. 97—115.
Lang, J. L., *Esquisse d'un abord structural des états déficitaires*, în : „Confrontations psychiatriques", 1973, 10, p. 31—51.
Lebovici, S. et al., *Éléments d'une recherche concernant l'avenir éloigné des psychoses de l'enfant*, „Rev. Neuropsychiat. Infant.", 1967, 15, 1—2, p. 13—18.
Lechevalier, B., Flavigny, A., *Evolution de la schizophrénie infantile chez le grand enfant et l'adolescent*, „Rev. Neuropsychiat. Infant.", 1967, 15, 1—2, p. 51—75.
Maistre, M. de, *Déficience mentale et langage. Approche psychologique et pédagogique*, „Encyclopédie Universitaire", Paris, Editions Universitaires, 1970.
Menolascino, F. J., *Psychiatric aspects of mental retardation in children under eight*, „Amer. Journ. Ortopsychiat.", 1965, 35, 2, p. 852—861.
Milea, St., *Tulburări de comportament la vîrsta infanto-juvenilă. Cadru clinico-etiopatogenic*, „Neurologie, Psihiatrie, Neurochirurgie", 1979, 24, 3, p. 173—186.
Misès, R., *Pour une approche du débile mental sous l'angle de la personnalité*, „Rev. Neuropsychiat. Infant. Suppl. Pédopsychiatrie", 1969, p. 31—41.
Misès R., *L'enfant déficient mental*, Paris, Press. Univ. France, 1975.
Misès, R., *Cinq études de Psychopathologie de l'enfant*, Toulouse, Privat, Coll. „Domaines de la Psychiatrie", 1981.
Misès, R., Perron, R., *Débilité mentale et échec scolaire*, „Confrontations psychiatriques", 1983, 23, p. 135—160.
Oancea, C., Christodorescu, D., *Oligofreniile*, în : *Psihiatrie* (red. V. Predescu), Bucureşti, Edit. medicală, 1976, p. 764—810.
O'Connor, N., *Cognitive deficits in children*, „Brit. Med. Bull.", 1971, 27, 227—231.
Păunescu, C., *Deficienţa mintală şi organizarea personalităţii*, Bucureşti, Edit. didactică şi pedagogică, 1977.
Perdoncini G., Yvonne, Yvon, *Précis de psychologie et de rééducation infantiles*, Paris, Flammarion, 1963.
Perron, R., *Problèmes de personnalité chez les débiles mentaux*, „Enfance", 1960, 4—5, p. 397—419.
Perron, R., *Attitudes et idées face aux déficiences mentales*, în : *Les débilités mentales* (red. R. Zazzo), Paris, A. Colin, 1969, p. 41—69.
Perron, R., *L'approche psychologique des déficiences mentales : étude génétique et analyse fonctionelle*, „Confrontations psychiatriques", 1973, 10, p. 53—73.
Piaget, J., *Psihologia inteligenţei*, Bucureşti, Edit. ştiinţifică, 1965.
Rey, A., *Arriération mentale et premiers exercices éducatifs*, Neuchâtel, Delachaux et Niestlé, 1953.
Roşca, Mariana, *Psihologia deficienţilor mintali*, Bucureşti, Edit. didactică şi pedagogică, 1967.
Rougnès, Denise, *Psychopédagogie des débiles profonds*, Paris, Ed. Fleurus, 1969.

Schachter, M., *Schizophrénie et debilité mentale*, „Ann. neuropsichiatria e psicoanalisi.", 1963, 10, p. 123—137.
Schafter, A. J., *Criteria for selecting institutionalized mental defectives for vocational placement*, „Amer. Journ. Ment. Defic., 1957, 61, p. 599—616.
Verza, E., *Particularităţi ale structurilor verbale la debilul mintal*, „Analele Universităţii Bucureşti. Psihologie", 1971, 20, p. 171—176.
Webster, T. G., *Problems of emotional development in young retarded children*, „Am. J. Psychiatry", 1963, 37, p. 120.
Zazzo, R., *La notion d'hétérochronie dans la diagnostic de la débilité mentale*, „Revue de Neuropsychiatrie Infantile", 1965, 4—5, p. 241—246.
Zazzo, R. et al., *Les débilités mentales*, Paris, A. Colin, 1969.
*** *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (third edition), New York, The American Psychiatric Association, 1980.
*** *Glossaire et quide de classification des troubles mentaux*, Genève, O.M.S., 1976.

D. Involuţia senilă sub unghiul psihologiei clinice

Importanţa involuţiei senile constă nu numai în interesul ei teoretic, ci şi în aspectul ei pragmatic, datorită sporirii numărului de bătrîni. Într-adevăr, media de viaţă a omului a crescut continuu în istorie, odată cu progresul social-economic şi tehnico-ştiinţific: de la 20—25 ani cît era în antichitate, a ajuns la 30—35 ani în Europa anului 1000 pentru ca începînd din secolul al XX-lea să facă un adevărat salt ajungînd în 1950 la 67,3 ani (E. Martin, 1959). Consecutiv şi proporţia vîrstnicilor creşte. Vom lua ca exemplu situaţia din două ţări europene.

Tabelul nr. 1

	1850	1860	1870	1880	1890	1900	1910	1920	1930	1940	1950
Franţa	6,47	6,89	7,41	8,11	8,28	8,2	8,36	9,05	9,35	—	11,8
Suedia	4,78	5,22	5,43	5,90	7,68	8,37	8,44	8,40	9,20	9,41	10,31

Tabelul redă după E. W. Burgess (1960) proporţia celor de peste 65 ani în procente (%) faţă de totalul populaţiei.

Îmbătrînirea psihologică a fiinţelor vii, şi în special a omului, este un proces care se realizează în două planuri:

— cel al biostructurilor (sistem nervos, sistem endocrin) care reprezintă suportul material al vieţii psihice *(hardware)* şi

— cel al desfăşurării propriu-zise a funcţiilor psihice *(software)*.

Evenimentele care se petrec în fiecare din aceste planuri se combină şi determină forma şi viteza de desfăşurare a îmbătrînirii sau involuţiei psihice. Evenimentele respective pot fi provocate de mediul ambiant ecologic şi social (factori externi) sau se realizează în însuşi sistemul vieţii psihice, prin „uzura" sa (factori interni).

Evident că aceste evenimente, care au un caracter aleatoriu, acţionează asupra unui fond determinat de informaţia ereditară.

Procesul de îmbătrînire al unui astfel de sistem ca şi întreaga funcţionare a psihismului uman trebuie interpretate dominant în perspectiva

interacţiunilor sale cu restul lumii, deoarece el este integrat în mediu (în special în cel social).

De aceea, în afară de vîrstă (sau de dimensiunea timp calendaristic) trebuie să luăm în considerare încă două dimensiuni: — mediul socio-cultural în cadrul căruia se dezvoltă şi îmbătrîneşte orice subiect (W. H. Holzman, 1965); — generaţia sau cohorta în care este inclus (K. W. Schaie şi C. R. Strother, 1968) căci într-un fel vor îmbătrîni de exemplu oamenii generaţiei care a suportat două războaie mondiale, care au trăit în Europa Reformei şi Contrareformei, care trăiesc în socialism.

Metodele psihologice permit astfel crearea unui *sistem de referinţă*, care descrie desfăşurarea modului de îmbătrînire, statistic, normal. Se admite că pentru o anumită populaţie încadrată într-o structură social culturală dată şi aparţinînd unei anumite generaţii (cohorte) se pot stabili valorile medii ale unor indicatori de vîrstă şi distribuţia lor (de tip gaussian) pentru diferitele intervale de timp cercetate (în general semidecade sau decade). În felul acesta, dispunînd de o referinţă (de o colecţie de criterii de vîrstă) psihologul gerontolog poate stabili pentru fiecare subiect vîrsta lui psihologică reală (în raport cu sistemul de referinţă) şi din compararea ei cu vîrsta cronologică (sau calendaristică) poate aprecia dacă ritmul de îmbătrînire este normal (ortogerie), încetinit sau crescut (îmbătrînire precoce sau accelerată).

1. Principii generale de metodologie clinico-psihologică

Ereditatea, unii factori din mediul ecologic sau (şi) social pot determina devieri semnificative de la „pattern"-ul îmbătrînirii normale. De astă dată nu este vorba de o modificare a ritmului de îmbătrînire, ci de apariţia unor „modificări" diferite de cele întîlnite în cursul procesului propriu-zis de involuţie. Diferenţa poate fi de ordin cantitativ (de exemplu în cadrul tulburărilor de memorie şi de atenţie) sau de ordin calitativ (de exemplu apariţia unor stări afective de intensitate psihotică sau a unor idei delirante etc.). În acest caz investigaţiile psihometrice propriu-zise (extrem de utile) trebuie completate (dat fiind amploarea devierilor de la normal) cu metode de investigaţii clinice. Acestea trebuie folosite în cadrul unei abordări complexe şi multidisciplinare ce implică:

— examenul psihic conform semiologiei clinice psihiatrice;

— examenul somatic (inclusiv şi mai ales neurologic şi endocrin), folosind metode clinice şi paraclinice (electrice, radiologice, biochimice etc.);

— analiza factorilor sociali (prin anamneză şi anchetă socială).

Examenul psihic e bine să fie făcut de un medic psihiatru în colaborare cu un psiholog, familiarizat cu probleme de psihologie clinică. Numai combinînd demersurile şi metodologiile proprii acestor două discipline se poate ajunge la o cunoaştere mai corectă a stării psihice a subiectului.

Nu trebuie să uităm că această examinare la vîrstnici întîmpină unele dificultăţi din cauza:

— tulburărilor senzoriale (în special diminuarea acuităţilor vizuale şi auditive),

— tulburărilor motorii (din cauza deteriorării senile a aparatului osteoarticular şi a sistemului neuromotilităţii),

— fatigabilității subiecților (ceea ce impune ședințe scurte și repetate de examinare) și

— suspiciunii sau lipsei de colaborare a unor bătrîni față de personalul medical sau al străinilor în general.

Înainte de a începe examenul propriu-zis este necesar să se stabilească gradul de școlaritate al subiectului și cadrul sociocultural în care a evoluat (și involuat).

Psihologia medicală și semiologia psihiatrică trebuie să detecteze și să precizeze în primul rînd tulburările psihice ale subiectului stabilind:

— *Nivelul de conștiență* (gradul de vigilență) privit pe tot ciclul nictemeral (repartiția stărilor de somn și de veghe, existența unor stări de somnolență, reverie sau chiar crepusculare; a unor crize de pierdere de conștiență etc.).

— *Aspectul global al comportamentului* (subiectul nu părăsește patul, este dependent de ajutorul altora pentru a se deplasa, a mînca sau a se îmbrăca; este sau nu gatos, are o stare de agitație cu sau fără agresivitate, are tendințe dromomane, vorbește mult; este într-o stare de adinamie sau de prostrație; este instabil, iritabil, impulsiv sau pasiv etc.).

— *Capacitatea de orientare* în timp, spațiu și față de propria sa persoană sau situație.

— *Starea afectivă* (normală, indiferentă, anxioasă, depresivă, hipomaniacală sau maniacală, cu euforie sau stări colerice, labilitate emoțională etc.).

— *Atenția*, prin diferitele grade de hipoprosexie, constituie zona cognitivă cea mai evident perturbată. Totodată, nu trebuie uitată fatigabilitatea normală a vîrstnicilor, care se manifestă în special printr-o scădere rapidă a atenției în cursul examinării.

— *Memoria* prezintă la vîrsta involuției întreaga gamă a fenomenelor semiologice. În cadrul ei trebuie evidențiate tulburările operaționale ale memoriei de scurtă durată, dar și starea stocurilor de date memorate, ca și capacitatea de a le evoca (amintiri din diferite epoci, cunoștințe școlare, aspecte legate de contemporaneitate etc.). Este necesară detectarea tulburărilor tranzitorii (paroxistice) sau cele interesînd un anumit interval de timp din trecutul subiectului, așa-zisele scotoame amnestice.

— *Gîndirea și ideația* impun o analiză atentă privind corectitudinea raționamentelor, posibilitățile de calcul, viteza de desfășurare a proceselor raționale ca și depistarea ideilor prevalente, a obsesiilor, fobiilor și compulsiunilor, dar mai ales a ideilor delirante (eventuala lor sistematizare etc.).

— *Modul de integrare* în familie și în societate este în mod frecvent perturbat la bătrîni. Aici nu trebuie uitată eventuala apariție a unei delincvențe, situație în care anchetele sociale sînt extrem de utile pentru precizarea acestor tulburări ale integrării.

— *Trăsăturile (dimensiunile) de personalitate*, care la vîrsta involuției prezintă numeroase perturbări, fac obiectul unui atent examen de specialitate.

Aspectele evidențiate urmează să fie completate cu analiza clinică și psihologică a funcțiunilor neuropsihologice asupra căruia au insistat J. Ajuriaguerra și colab. (1954), C. Müller (1969) și alții.

În acest sens trebuie examinate: — *activitatea psihomotorie* (erori și latențe), — *praxiile* (ideatorii, ideomotorii, constructive, de îmbrăcare), — *gnoziile* (în special tactile, vizuale și auditive) și mai ales — *limbajul* (diferite forme de afazie, perseverări, logoclonii etc.).

2. Mecanisme genetice ale involuţiei psihice

Este cert că în desfăşurarea întregii dezvoltări a unui organism viu, de la celula ou la stadiul adult, apoi la senescenţă şi moarte, intervine un factor genetic care acţionează ca un program ce dictează întreg procesul privit ca o ontogeneză sau diferenţiere continuă (Y. F. Kallmann, 1961).

Genetica modernă a precizat că morfologia şi funcţionalitatea organismelor vii sînt controlate la nivelul fiecărei celule de colecţia de „instructaje" sau programe înscrisă (în „limba" codului genetic) în ADN-ul nuclear, de unde este transcrisă în ARN şi apoi tradusă în cadrul sintezei proteinelor structurale şi operaţionale (enzime) la nivelul ribozomilor celulari.

Psihologia genetică susţine o dezvoltare programatică, genetic determinată, de la naştere pînă la moarte, deci inclusiv involuţia din senescenţă a psihismului (L. Haiflick, 1965).

În cadrul acestei concepţii interacţiunile cu factorii din mediu nu ar juca nici un rol sau doar un rol minor. Deşi astăzi se ştie că această interacţiune joacă rolul dominant, nu se poate nega existenţa unui pattern general al evoluţiei structurale a psihismului uman, pattern care este dacă nu desenat în toate detaliile, cel puţin schiţat de informaţia genetică.

În ceea ce priveşte involuţia senilă, care survine după perioada de reproducere, dacă într-adevăr depinde de o anumită informaţie genetică, ea nu se poate selecta genetic, decît în cazul cînd este corelată cu un alt caracter genetic, ce apare mai devreme (în perioada de reproducere) conform ipotezei lui E.J. Birren, 1959 („counterpart theory").

Două mari clase de interpretări pot fi considerate în lumina programării genetice : *concepţiile ortogenetice* ca cele ale lui H. Werner (1963), sau J. Piaget (1967) (care urmăresc întreaga dezvoltare psihică prin prisma structurării — şi destructurării — funcţiilor cognitive) şi cele *psihodinamice*, ca cele ale lui E. H. Erikson (1959) şi alţii (care urmăresc schimbările psihologice produse de vîrstă prin prisma structurării şi regresiunii funcţiilor abisale).

Incontestabil că atît longevitatea cît şi anumite aspecte ale involuţiei psihice normale (şi uneori patologice) au un caracter ereditar. Programul ereditar, în special în ceea ce priveşte psihismul uman şi devenirea lui, este însă profund modificat de interacţiunea subiectului cu mediul său, mai ales cu mediul său social.

3. Procesele organice ale involuţiei psihice

Mecanismul de bază al involuţiei *hardware-ului* biologic în general, ca şi al senescenţei consecutive a psihismului uman, constă într-o acumulare de deteriorări (leziuni, pane) în structurile organismului, respectiv în sistemul nervos central, care se ştie că e format din elemente postmitotice care nu se înmulţesc şi nu se regenerează ci au vîrsta subiectului.

Deteriorările sau panele se realizează : *la nivelul moleculelor* („cross-linking") ceea ce duce în special la alteraţiuni ale reacţiilor chimice : *la nivelul structurilor subcelulare* (de ex. mitocondriile scad ca număr, membranele celulare se modifică etc.) şi *la nivelul celulelor* (unul din cele mai

dramatice procese ale involuției normale a sistemului nervos fiind reprezentat de scăderea progresivă a numărului neuronilor). La nivelul scoarței cerebrale neuronii dispar cu o rată medie de circa 100 000 neuroni pe zi, dar la nivelul cerebelului ei scad cu o rată de circa 10—20 milioane de neuroni pe zi (C. Bălăceanu și colab., 1979). Evident că deteriorările se pot urmări și la nivelul ansamblurilor neuronale (rețelelor nervoase operaționale). Prin acest proces, întreg sistemul nervos scade ca volum, circumvoluțiile se atrofiază (microgirie) și spațiile ventriculare cresc.

Deteriorările sau panele acestea se ivesc în tot lungul vieții și sînt expresia unui proces entropic, propriu materiei vii. Ele sînt generate, cum am mai spus, de factori din mediu, dar și de factori sau evenimente interne. Acești factori sînt aleatori, au o distribuție statistică și o anumită incidență, care este exprimată prin cîte o rată de apariție. Funcționalitatea sau fiabilitatea sistemului nervos depinde de aceste incidențe, dar și de intervenția unor factori antientropici ca: posibilitatea de reparare a penelor ivite sau unele mecanisme complicate ca învățarea, adaptarea compensatorie, restructurări morfofuncționale etc.

Involuția psihoorganică normală dar mai ales cea patologică constituie în mod principal obiectul psihiatriei și este o problemă în special de medicină și de biologie. Totuși ea ocupă un loc de bază și în geropsihologie, necesitînd însă o abordare net pluridisciplinară.

Prin experimentări proprii, ca și din analiza unor date din literatură, am constatat (Bălăceanu și colab.) că această curbă descrie în perioada de involuție o descreștere a performanțelor, o creștere a erorilor și (sau) o prelungire a latențelor care îmbracă un *aspect exponențial*. Acest aspect exponențial la nivel senzorial (acuitatea vizuală; aria pupilară disponibilă pentru acomodarea la lumină; timpul mediu de latență a stimulilor luminoși; frecvența critică de fuziune a imaginilor pe retină) la nivel perceptual (teste diferite de recunoașteri de forme în condiții tachiscopice) la nivelul efector motor (timpii de latență a probelor psihomotorii) și la nivel cognitiv (capacitatea de concentrare a atenției, gradul de fatigabilitate a subiecților, testul cod-Wechsler, testul Wechsler-Bellevue, testul cod Clement, testul Raven).

Curba devine descendentă în jur de vîrsta de 20 de ani, are o primă accentuare a pantei la 45—50 de ani și o a doua accentuare a vitezei declinului în jur de 70 de ani.

Aceste curbe confirmă ipoteza potrivit căreia substratul organic al involuției senile este reprezentat de o acumulare de deteriorări sau pene (conform teoriei fiabilității).

Pentru funcții mai complexe ca învățarea, eficacitatea manipulării vocabularului sau funcțiile creatoare etc., curbele sînt diferite. Inflexiunea inițială este amînată pînă la 70 de ani, iar panta inflexiunii uneori redusă doar la un platou cu o înclinare discutabilă. D. B. Bromley (1956) a constatat că dintr-un set de 17 teste pentru activitatea cognitivă numai două au fost sensibile în raport cu vîrsta (testul lui Shaw și cel a lui Hearnshaw). Diferența față de curbele exponențiale se explică prin puternica influență (în cazul funcțiilor cognitive complexe) a unor mecanisme compensatorii și antientropice. Faptul de mai sus arată cît de complicată este *problema criteriilor* de îmbătrînire psihologică normală.

Această problemă a criteriilor psihologice de vîrstă este una din cele mai delicate ale geropsihologiei. Organizația Mondială a Sănătății a pus-o în discuție (E. Bourlière, 1969) iar o serie de psihologi au studiat-o

(D. B. Bromley, 1956; J. E. Birren, 1959; S. Pecaud, 1961; F. Clément, 1962; N. Geist, 1968 şi alţii). În toate lucrările citate se găsesc bibliografii ample privind problema criteriilor involuţiei umane normale, din care se desprinde importanţa ei teoretică şi aplicativă.

4. Procesele operaţionale (psihogenetice) ale involuţiei psihice

Procesele operaţionale nu interesează suportul organic al psihismului ci doar desfăşurarea proceselor psihice. Există o serie de procese de ordin informaţional (în planul semnificaţiilor) care pot determina sau influenţa (modula) modificările psihice normale sau (şi) patologice ale senescenţei. Ele însă nu apar pure ci se suprapun şi interferează cu procesele organice deja analizate.

Astfel depopularea neuronală, dar mai ales scăderea eficacităţii sistemului activator ascendent al formaţiei reticulate duc la o scădere a *tonusului cortical*. Se ştie că sistemul activator acţionează prin noradrenalină şi că una din caracteristicile îmbătrînirii sistemului nervos este diminuarea concentraţiei de noradrenalină în nevrax datorită creşterii activităţii unei enzime (monoaminooxidaza) care o distruge (D. S. Robinson şi colab., 1972).

Tonusul cortical mai scade la vîrstnici şi prin: diminuarea sensibilităţii unor receptori (vizuali şi auditivi); reducerea mobilităţii (proprie bătrînilor) şi sărăcirea mediului (ambianţei) lor, bătrînii avînd o viaţă mai izolată.

Diminuarea tonusului cortical generează, la rîndul ei, o serie de modificări pur psihologice la nivelul *software*-ului encefalic.

a) Un prim aspect este reprezentat de *o „eliberare" a proceselor profunde ce determină personalitatea.* Ca expresie a diminuării posibilităţilor operaţionale (de control) ale instanţelor superioare ale psihismului, instanţele primare se manifestă *mai intens*, conform unor programe proprii (potrivit principiului jacksonian de organizare a funcţiilor nervoase). Ca o consecinţă *trăsăturile personalităţii se accentuează* şi rezultă un fel de caricaturizare a personalităţii adultului (R. Schindler, 1953 şi alţii).

b) *Lentoarea* proceselor psihice (consecutivă scăderii tonusului cortical) şi în special *rigidizarea* lor implică o adaptare mai dificilă. Vîrstnicul îşi schimbă greu algoritmii cu care reacţionează. Comportamentul lui trece de la „fluiditatea" vieţii adulte, la o „cristalizare" din ce în ce mai accentuată (J. Ajuriaguerra şi colab., 1954). Acest aspect este cel mai pregnant şi impune bătrînului una din cele mai caracteristice modificări ale comportamentului. Tulburarea este evidentă în special dacă se iveşte o situaţie nouă sau dacă bătrînul îşi schimbă mediul.

c) *Vigilenţa* diminuată a bătrînilor îi face să se integreze din ce în ce mai greu în prezent; la aceasta contribuie diminuarea tonusului cortical care antrenează scăderea eficacităţii memoriei de scurtă durată. Drept consecinţă, bătrînul se întoarce din ce în ce mai mult *spre trecut*, ajungînd în unele cazuri să trăiască exclusiv în trecut. Tot acest mecanism face pe bătrîn să se detaşeze din ce în ce mai mult de restul lumii, să ajungă la o adevărată hipertrofie a eului în jurul căruia se construieşte

egocentrismul atît de caracteristic al vîrstnicului, cu un comportament tiranic şi conflictual faţă de anturaj, cu tendinţa la colecţionarism (util sau absurd) şi cu o suspiciune faţă de acţiunile celor din jur (probabil printr-un mecanism asemănător cu cel al delirului de influenţă descris de E. Kraepelin la surzi).

d) Tot ca o consecinţă a diminuării tonusului cortical şi în special a ineficienţei sistemului catecolaminelor apare adeşea o *tendinţă la depresiune.* Această tendinţă explică unele trăsături comportamentale ale vîrstnicului (lipsă de interes, lentoare în ideaţie şi motilitate, idei de inutilitate cu sau fără autoacuzare etc.).

În fine, alte aspecte ale involuţiei psihice au o determinare aproape exclusiv informaţională (psihogenă). Ele au în special caracterul unor *decompensări reactive.*

Una din cele mai importante cauze este determinată de *rolul* pe care trebuie să-l joace vîrstnicul în mediul său social şi chiar şi în cel familiar, care este diferit de rolul pe care l-a jucat înainte. Neîmpăcarea cu noul rol determină o reacţie de neadaptare care se manifestă prin aspecte de obicei nevrotiforme. Psihologului îi revine sarcina să depisteze acest factor extrem de important. Teoria rolului sau a status-ului vîrstnicului are deosebite implicaţii şi pentru geropsihologia socială.

Însingurarea treptată a vîrstnicului (prin dispariţia contemporanilor şi a membrilor de familie, mai ales a partenerului marital) ca şi *izolarea lui relativă socială* (prin pensionare, diminuarea activităţii sale psihomotorii, scăderea acuităţii vizuo-auditive, a fatigabilităţii proprii vîrstei şi a trăirii unei incomprehensibilităţi (uneori a unei ostilităţi din partea generaţiei care îi ia locul) sînt alţi factori care generează un întreg mecanism reactiv în cursul căruia apar : stări depresive, trăirea inutilităţii, a abandonării de către familie şi societate, uneori de revoltă etc. Acest fenomen este agravat sau atenuat în diferitele familii şi societăţi în funcţie de grija arătată pentru realizarea unui climat favorabil sau defavorabil bătrînului. Nu trebuie să uităm că modul cum societatea înţelege să-şi integreze bătrînii este o problemă de sociologie dar şi de istorie a culturii (Al. Vischer, 1955).

Conştientizarea procesului de îmbătrînire, cu toate implicaţiile sale pentru activitatea fizică şi intelectuală, creează şi din acest unghi diferite forme de decompensări. Atitudinea pe care o ia bătrînul faţă de propria sa îmbătrînire este o problemă esenţială pentru desfăşurarea involuţiei psihice.

Evident că *traumele psihice,* stress-urile de orice fel îşi au şi ele rolul lor în cursul vîrstei a treia ; alteori este vorba de efectele remanente ale unor stress-uri mai îndepărtate. În fine, poate fi vorba de reactualizarea distorsionată în trăirea bătrînului a unor situaţii psihotraumatizante, ecforate de subiect în cursul replierii sale asupra trecutului ; ele pot alimenta uneori ideile de culpabilitate ale bătrînilor depresivi.

Mecanismele citate mai sus interesează psihiatrul în cazul în care decompensarea sau reacţia psihogenă iau dimensiunile patologicului. Ele interesează însă totdeauna psihologul fie că e vorba de o abordare teoretică a procesului de îmbătrînire fie că e vorba de o abordare aplicativă în cadrul psihologiei clinice sau sociale.

5. Procesele patologice ale involuţiei psihice

Importanţa statistică a formelor patologice este greu de precizat din cauza marilor deosebiri dintre rezultatele diferiţilor cercetători. Astfel, D. W. Kay şi colab. (1964) găseşte manifestări psihopatologice la persoane de peste 65 ani într-un procent de 47% în timp ce H. Hoff (1960) le constată numai la 0,74%, iar H. Sjögren şi T. Larson (1958) indică o incidenţă de 0,6—0,8%.

Importanţa practică a studiilor privind manifestările psihopatologice ale involuţiei este foarte mare deoarece aceste cazuri sînt o povară foarte grea pentru populaţia activă şi pentru instituţiile cu profil gerontologic sau geriatric. Din statistica lui P. Lhoas şi C. Müller (1964) rezultă că 58% din cazurile patologice au fost păstrate în mediu familial, iar restul în medii instituţionalizate (cămine 16%, spitale 26%).

Mecanismele patologice ale involuţiei senile sînt declanşate de factori multipli:

Factorii genetici pot accelera sau amplifica în mod patologic procesul de senescenţă ca în unele demenţe precoce (boala Azheimer) sau demenţe tardive (demenţa senilă). De asemenea, pot sta la baza unor boli psihoorganice degenerative (de ex. coreea cronică Huntington).

Factorii genetici pot interveni şi indirect, condiţionînd apariţia unor boli organice somatice cu repercusiuni asupra sistemului nervos (de ex. ateroscleroza cu localizare cerebrală) sau creînd o fragilitate constituţională a *hardware*-ului sau *software*-ului nevraxial.

Factorii de risc din mediu ca: anumite moduri de alimentare (sărate, bogate în grăsimi etc.) acţiunea unor toxice (industriale, tutun, alcool, narcotice etc.) sau medicamente în exces, traumele psihice acute, stress-urile cronice etc. pot antrena direct (prin acţiune asupra *software*-ului sau *hardware*-ului cerebral) sau indirect (prin acţiune asupra aparatului cardiocirculator sau a sistemelor metabolice) alterări patologice ale psihismului. Trebuie subliniată latenţa lungă, uneori de decenii a efectului acestor factori de risc.

Agenţii patogeni (viruşi, germeni bacterieni, micoze, paraziţi) pot determina diferite leziuni infecţioase ale sistemului nervos (encefalite, meningoencefalite, meningite, abcese etc.). Un loc deosebit în acest proces îl ocupă infecţiile cu viruşi lenţi care evoluează ca nişte boli pseudo-degenerative ca: boala Iakob-Kreutzfeld şi variantele ei, boala Pick, poate chiar boala Parkinson etc.

Traumatismele cranio-cerebrale, deschise sau închise prin leziunile imediate sau consecinţele tardive, accelerează procesul involuţional.

Dereglările imunologice (de ex. formele cerebrale ale colagenazelor tardive) sau *hormonale* ca şi *procesele proliferative* endocraniene benigne (meningioame) sau maligne (metastatice sau gliomatoase) prin efecte directe şi indirecte (reactive, paraneoplazice, de denutriţie etc.) se înscriu drept condiţii etiologice ale manifestărilor psihopatologice la persoanele vîrstnice.

În general aspectele clinice se suprapun peste cele ale involuţiei senile propriu-zise. Ele pot avea forme şi intensităţi extrem de variate iar printre cele mai obişnuite manifestări psihopatologice, distingem:

Tulburările de comportament şi *alterările de personalitate* care se impun de obicei prin aspectele lor medico-sociale.

Decompensările nevrotiforme pe fond psihopatoid-constituțional sau reactive și *stările nevrotice*; ele îmbracă de obicei aspecte depresive, anxioase sau depresiv-anxioase iar uneori se însoțesc de manifestări interpretative. De asemenea, fenomenele somatoforme sau hipocondriace sînt frecvente.

Psihozele senile îmbracă forme depresive (cu mult cele mai frecvente) forme interpretative delirante, sistematizate cu sau fără halucinații sau parafrenice, ca și forme maniacale etc.

Sindroamele psihoorganice care realizează fie tablouri confuzionale (acute), fie tablouri demențiale (cronice) pot fi însoțite sau nu de semne neurologice mai mult sau mai puțin manifeste.

Psihologul împreună cu medicul (psihiatru, neurolog, neurochirurg, geriatru) stabilesc diagnosticul sindromologic și diferențiază cazul în raport cu involuția senilă normală. Medicului îi revine apoi sarcina să stabilească diagnosticul nosologic și să precizeze tratamentul. Medicului psihiatru și comisiilor medico-judiciare le revine rolul să stabilească discernămîntul și responsabilitatea civilă sau penală și să instituie eventual punerea sub curatelă a bătrînului, psihic bolnav.

6. Aspecte psihoterapeutice în tulburările psihice ale senescenței

S. Freud a semnalat de mult dificultatea demersului psihoterapeutic la vîrstnici iar C. Müller (1969) a subliniat că psihoterapia bătrînilor este piatra de încercare a oricărui psihoterapeut. Aceste dificultăți țin de modificările perceptive și de trăsăturile psihice proprii vîrstei a treia.

De la început trebuie să subliniem că procesele organice cu elemente demențiale nu sînt accesibile psihoterapiei; existența unor tulburări semnificative de memorie, de orientare sau de comportament exclud din capul locului orice intervenție psihoterapeutică. De asemenea, psihozele senile, dată fiind gravitatea tabloului clinic nu sînt susceptibile de o terapie psihologică, decît după risipirea tabloului psihotic, deci în faza de recuperare.

Psihoterapia este indicată în stările reactive de orice intensitate, în decompensările nevrotice și în nevrozele vîrstnicilor. De asemenea, este recomandabilă în însuși asistarea bătrînilor ortogeri.

Scopurile de bază mai ales în ortogerie sînt: să împace subiectul cu bătrînețea; să-l elibereze de presiunea stărilor afective (în special anxietatea și depresiunea); să-l ajute să rezolve trăirile conflictuale generate de inadaptarea vîrstnicului la noul său statut sau la poziția care o ia sau i se pare că o ia față de el familia sa (și) societatea (D. F. Wendt, 1958; H. R. Rosenthal, 1959; R. Butler, 1960; W. Schulte, 1961, N. Petrilowitsch, 1964; N. Geist, 1968).

Sînt autori (M. Cutner, 1950; A. I. Goldfarb, 1955; M. Grotjan, 1955; E. W. Busse și C. R. Nichols, 1958) care au recomandat psihoterapia dinamică fie sub forma inițială a lui S. Freud, fie sub forma diferitelor sale variante; psihoterapia dinamică este indicată în special pentru rezolvarea unor tensiuni emoționale provocate de reactivarea unor conflicte refulate odinioară care s-au reactualizat în senescență.

Menționăm că psihoterapia nu exclude, ci trebuie să însoțească terapia propriu-zisă, ceea ce evident nu intră în preocupările psihologului, decît în măsura în care urmărește evoluția suferinței subiectului și încearcă evaluarea efectelor tratamentului aplicat.

Bibliografie

Ajuriaguerra, J. et al., *Troubles mentaux de la sénilité*, în : „Encyclopédie médico-chirurgicale", Paris, 1954.

Aslan, Ana, Bălăceanu, C. *Les états dépressifs du troisième âge*, Raport la al IV-lea Congres European de Gerontologie Clinică, Neptun, 1977, 13—35.

Bălăceanu, C., Dobre, M., Mănoiu, A. — *Scăderea fiabilității rețelelor neuronale și îmbătrînirea psihică*, „Studii și cercetări de biotehnologie", 1978, 5, 45—61.

Bălăceanu, C., et al., *Neuronal degeneration in the ageing cerebral cortex*, „Congres Neurol. de limba spaniolă Barcelona", 1979.

Bălăceanu, C., Nicolau, Ed., — *Les fondements cybernétiques de l'activité nerveuse*. Paris, „Expansion Scientifique", 1971.

Birren, J. E., *Handbook of aging and the individual*, Chicago, Univ. Press, 1959.

Bourlière, F., *Les méthodes de mesure de l'âge biologique chez l'homme O.M.S.* "Cahiers de Santé Publique", Génève, 1969, 37.

Bromley, D. B., *Some experimental tests of the effect of age on creative intellectual output*, „J. of Gerontology" 1956, 11, p. 74—82.

Burgess, E. W., *Aging in Western Societies*. Chicago, Univ. Press, 1960.

Busse, R. W., Nichols, C. R., — *Emotional disturbances of older peopl*, Mes. Timesc, 1958, 86, p. 263—268.

Butler, R. N., *Intensive psychotherapie for the hospitaized aged*, „Geriatrics", 1960, 15, p. 644—653.

Clément, F., *Modifications du temps de réaction simple en fonction de l'âge et de quelques autres facteurs*. „Rev. Psychol. Appl.", 1962, 12, p. 163—188.

Cutner, M., *Analysis in later life*, „Brit. J. med. psychol.", 1950, 75—86.

Erikson, E. H., *Identity and the life cycle : Selected papers*, Psycholog. Issues, 1959, 1, p. 50—100.

Geist, N., *The psychological aspects of the aging process*, S. Louis, W. Green, 1968.

Goldfarb, A. I., *Psychotherapy of aged persons*, „Mental Hyg", 1955, 34 p. 608—621.

Grotjan, M., *Analytic psychotherapy with the elderly*, „Psychoanal, Rev.", 1955, 42, 419—427.

Haiflick, L., *The limited in vitro life time of human diploid cells*, „Exp. Cell. Res." 1965, 37, p. 614—536.

Hoff, H., „Psychosen im Alter und Grenzen ihrer Behandlung" în : „Geriatrie und Fortbildung" (Ed. Dobenauer W.), Viena, Beryland, 1960.

Holzman, W. H., *Cross-cultural research on personality development*, „Human Development" 1965, 8, p. 65—86.

Kallmann, F. Y., *Genetic factors in aging*, în „Psychopatology of aging" (Hoch. P. H. și Zurbin Y. eds), New York, Grune Stratton, 1961.

Kay, D. W., Beamish, P., Roth, M., *Old age mental desorders*, „Brit. J. of Psychiat." 1964, 110, p. 146—158.

Lhoas, P., Müller, C., *Des malades séniles peuvent-ils quitter l'hôpital*, „Med. Hyg." 1964, 22, 407—408.

Martin, E., *Evolution démographique et actualité des problèmes de gérontologie*", „Schweiz. med. Wschr." 1959, 89, 339—347.

Müller, C., *Manuel de géronto-psychiatrie*, Paris, Masson, 1969.

Pacaud, S., *Le vieillissement des fonctions psychologiques et psycho-physiologiques*, „C.N.R.S. Coll. Intern.", n. 96, Paris, 1961.

Petrilowitsch, N., *Probleme der Psychotherapie alternder Menschen*, „Bibl. Psychiat. Neurol". 1964, 123, p. 1—108.

Piaget, J., *Biologie et connaissance*, Paris, Gallimard, 1967.

Robinson, D. S., et al., *Ageing, monoamine and monoaminoxidaze levels*, „Lancet", 1972, 77, 45, p. 290—301.

Rosenthal, H. R., *Psychotherapie für alternder Menschen*, „Schweiz. Z. Psychol," 1959, 68, p. 281—291.

Schaie, K. W., Strother C. R., *The effects of time and cohort differences on the interpretation of age changes in cognitive behavior*. „Multivariate Behavioral Research". 1968, 3, p. 259—294.

Schindler, R., *Die psychiachen Faktoren der Senilen Dekompensation*, „Wien. Z. Nervenh", 1953, 6, 185—205.

Schulte, W., *Kommunikative Psychotherapie bei Störungen höheren Lebensalter*, „Z. Psychot. med. Psychol.", 1959, 11, p. 159—173.

Sjögren, H., Larsson, T., *The changing age-structure in Sweeden and its impact on mental structures*, „Bul. OMS", 1959, 21, p. 569—582.

Vischer, Al., *Das Alter als Schickral und Erfüllung*, Basel, Schwabe, 1955.

Wendt, C. F., *Psychotherapie des höheren Alters*, „Z. ges. Neurol. Psychiat", 1958,144, p. 10—25.

Werner, H., Kaplan, B., *Symbol formation*, New York, J. Wiley, 1963.

Capitolul X

PSIHOLOGIE ŞI SUICIDOLOGIE

1. Problematica generală actuală a fenomenului suicidar

Considerat ca „singura problemă filozofică serioasă" (A. Camus), suicidul constituie cea mai impresionantă enigmă a psihologiei şi psihopatologiei, ale cărei implicaţii, în primul rînd medicale, sociologice şi juridice, vizează ansamblul ştiinţelor antropologice. Cunoscut în întreaga istorie umană şi în toate civilizaţiile (L. Michaux, 1865, p. 77), suicidul îşi ilustrează astăzi incidenţa pe măsura creşterii morbidităţii psihiatrice, a alienării sociale şi a slăbirii legăturilor interpersonale. Într-adevăr, condiţii medicale şi în primul rînd psihiatrice, stări psihice „de limită", precum şi cauze sociologice şi economice, se înscriu actualmente cu o pondere variabilă în etiologia plurifactorială a suicidului care „apare în lume ca un fapt cvasicotidian, infiltrînd literatura, teatrul, cinematografia etc." (M. Quidu, 1964, p. 1). Desigur, suicidul este „fapt cvasicotidian" pentru un anumit perimetru informaţional sau pentru un anumit grup social şi nu în ansamblul populaţional întrucît, raportînd rata morbidităţii prin suicid la populaţia întregului glob, experţii Organizaţiei Mondiale a Sănătăţii au calculat că la fiecare minut şi jumătate „o persoană sfîrşeşte prin suicid".

Caracterul transcultural şi transtemporal al fenomenului suicidar ridică întrebarea asupra unei eventuale „rate ireductibile" a suicidului printre fiinţele umane care, la rîndul ei, antrenează o altă interogaţie dilematică şi anume dacă acest act fatal este „preţul civilizaţiei sau preţul vieţii?" (E. S. Shneidman, 1976, p. 1781).

Cu toată complexitatea problematicii sale, suicidul se înscrie, în primul rînd în aria preocupărilor medicale, consituind cea mai importantă condiţie psihopatologică şi „cea mai frecventă urgenţă psihiatrică" (H. I. Kaplan, R. J. Sadock, 1983, p. 704) ce pune sub semnul întrebării existenţa, aducînd în faţa medicului perspectiva pierderii imediate a pacientului.

Întotdeauna, dar mai ales în istoria modernă a medicinei suicidul a fost considerat ca un flagel care, prin înalta sa incidenţă, s-a înscris printre principalele cauze de moarte; astfel, dacă în prima jumătate a secolului nostru mortalitatea prin suicid era comparată cu aceea determinată de bolile infecţioase în general şi de tuberculoză în special, actualmente comparaţia se face cu incidenţa deceselor prin maladii neoplazice, coronariene, cerebro-vasculare sau prin accidente rutiere. Astfel, urmărind rangul suicidului în ansamblul cauzelor de mortalitate, îl găsim situat „pe locul patru, urmînd bolilor cardiovasculare, cancerului şi accidentelor rutiere" (M. Quidu, 1970, p. 15) iar în privinţa „tinerilor între 15 şi 19 ani, suicidul se află pe locul al doilea" (E. S. Shneidman, 1976, p. 1776) primul loc aparţinînd accidentelor. Se menţionează de asemenea că la

bărbații tineri suicidul este pe locul al treilea „decesele prin această condiție fiind depășite numai de cele atribuite accidentelor și cancerului" (H. I. Kaplan, B. J. Sadock, 1983, p. 704).

Considerat ca act autoagresiv, suicidul comportă o *definiție etimologică*, prin care semnifică „omorul de sine" (lat. *sui coedere*) dar și o *definiție operațional-psihologică* în virtutea căreia „suicidul este un act uman de încetare din viață, autoprodusă și cu intenție proprie" (E. S. Shneidman, 1980, p. 305). Considerăm însă că această definiție are în vedere numai suicidul denumit „rațional", realizat în mod deliberat și conștient care, conform observațiilor noastre, este foarte rar întîlnit. Slaba incidență a suicidului „rațional" lasă loc suicidului pe care-l denumim *simptomatic* întrucît, în imensa majoritate a cazurilor, suicidul constituie expresia unei stări psihopatologice. Acest parametru trebuie înscris în însăși definiția suicidului, pe care-l considerăm ca actul autosuprimării existenței desfășurat într-un moment de tensiune afectivă sau de perturbare a conștienței.

2. Semnificația și natura fenomenului suicidar

Sub unghi psihosociologic, suicidului i se acordă semnificații multiple ca aceea a curmării singurătății (întîlnită în cazul separării cuplului prin părăsire, divorț sau deces), a răzbunării (ilustrată de unii adolescenți cu tulburări de comportament sau de persoane cu structură psihică dizarmonică), a neacceptării schimbării radicale a statutului social (în urma unor sancțiuni severe, pierderi materiale etc.), a suicidului ca ultimă sau unică soluție a unei situații intolerabile, sau a înlăturării dependenței (ca la bătrînii eschimoși care, spre a nu mai constitui o povară asupra familiei lor pleacă prin viscol în căutarea neantului). O altă semnificație a suicidului este aceea a „menținerii onoarei" (ilustrată prin procedeul *harakiri* întîlnit la popoarele orientale). Se consideră de asemenea că suicidul poate constitui o sursă de ușurare pentru pacienții excesiv de preocupați de teama de moarte, prin „sentimentul de control asupra morții, în sensul că ei pot hotărî cînd și cum să moară" (H. I. Kaplan, B. J. Sadock, 1983, p. 706). Toate aceste semnificații ale suicidului sînt supuse analizei și explicațiilor unor doctrine filozofice, în special de sorginte existențialistă, care tind să acrediteze ideea că suicidul ar fi un „act de afirmare a propriei voințe", „un act suprem de libertate" sau de manifestare a libertății individuale.

Considerăm că în funcție de conținutul lor, semnificațiile suicidului pot fi înscrise pe o *axă morală* la ai cărei poli întîlnim suicidul „altruist" (ce poartă marca sacrificiului de sine, realizat în virtutea unor convingeri morale ferme, a unui ideal înalt sau crez) și suicidul „egoist", a cărui intenție și semnificație nu corespund scopurilor grupului social ci se manifestă în detrimentul acestora sau în opoziție cu ele. La această extremă se înscrie și suicidul „anomic", descris de E. Durkheim (1897), pe care-l denumim *sociogenetic*, realizat ca urmare a pierderii *statutului*, ori a schimbării *rolului* social.

Apreciem însă că aceste semnificații sînt analizate în mod unilateral, prin prisma suicidului „reflexiv" sau „rațional", a suicidului privit sub unghiul normalității psihice a celui în cauză. Considerăm că acest punct de vedere asupra căruia menținem serioase rezerve, a fost adoptat cu precădere de către filozofi și psihosociologi, fiind exprimat prin aser-

ţiunea conform căreia „oamenii pot lua o decizie de a se sinucide, fără să-şi fi ieşit din minţi" (H. L. P. Resnik, 1980, p. 2089). În această arie a suicidului subiecţilor normali, în orice caz a persoanelor nonpsihotice, a suicidului apreciat ca soluţie logică şi unică pentru situaţia dată, în care incidenţa cea mai mare e atinsă de suicidul determinat de imperative morale, se înscriu şi manifestările suicidare ale unor bolnavi somatici incurabili sau cu afecţiuni invalidante.

Spre deosebire de acest punct de vedere filozofic şi psihosociologic, care este atît de frecvent şi amplu invocat în patogenia suicidului, pe care nu îl respingem dar îl considerăm extrem de limitat, încercăm o acreditare sau în orice caz o mai fermă argumentare a naturii psihopatologice a fenomenului, formulînd aserţiunea *suicidului ca simptom* şi a *suicidului ca incident* al unei tentative suicidare demonstrative.

Reafirmînd convingerea conform căreia evasitotalitatea actelor suicidare este expresia unei stări psihice particulare, de puternică perturbare, de cele mai multe ori psihotică, menţionăm că acest fapt, pentru noi cert şi elocvent, nu este întotdeauna evident datorită unor situaţii pe care le prezentăm în mod succint.

2.1. *Suicidul* poate constitui *singura manifestare clinică a unei psihoze cu evoluţie infraclinică*, deci singurul simptom al unei psihoze aparent asimptomatice. În aceste condiţii, persoana respectivă nu este cunoscută ca avînd o boală psihică iar suicidul, care surprinde atît de puternic grupul socio-familial, este interpretat ca „anomic", sociogenetic, după cum poate rămîne incomprehensibil. De cele mai multe ori însă, în tendinţa logico-raţionalistă de-a acorda o explicaţie unor fapte imediate şi atît de apropiate, cei din jurul suicidarului supradimensionează situaţiile şi evenimentele psihotraumatizante din antecedentele celui în cauză, investindu-le ca motive determinante ale actului suicidar. Astfel, un suicid de sorginte psihopatologică este „explicat" (printr-un fapt circumstanţial, ca o pierdere sau frustraţie de ordin familial sau profesional) şi inventariat ca fiind de natură sociogenetică. O catamneză atentă a suicidului „consumat" sau o anamneză a suicidantului salvat poate reliefa însă fără dificultate existenţa unei afecţiuni psihotice infraclinice.

2.2. În unele psihoze şi mai ales în depresiile psihotice, se constată că suicidul apare cu precădere la debutul afecţiunii, manifestîndu-se printre primele sale simptome. În felul acesta, *suicidul apare ca un simptom care prin realizare* (prin manifestarea sa reală) *a anulat o fenomenologie clinică potenţială*. Deşi *prim* simptom al unei boli psihice, prin conţinutul şi caracterul său radical şi fatal, suicidul devine şi *unic* simptom pe care-l putem compara cu uvertura unei simfonii nescrise.

2.3. *Suicidul* poate fi întîlnit nu numai ca act de debut al puseului psihotic, ci şi ca act final al acestuia, ca o încheiere a sa ori *ca un epilog tardiv* al bolii. Aşa cum am mai subliniat, referindu-ne la bolile depresive, „riscul de suicid nu scade o dată cu ameliorarea depresiei, ci dimpotrivă ... se manifestă mai intens după ce pacientul a traversat episodul depresiv" (1976, p. 1112), atunci cînd grupul socio-cultural şi chiar medicul, consideră pacientul ameliorat sau vindecat. Privite din afara clinicii, aceste cazuri se înscriu în cadrul suicidurilor „anomice", sociogenetice întrucît, cu greu se poate considera că acest act final şi fatal, unic prin dramatismul său, poate constitui expresia unui ansamblu simptomatic depăşit, consumat, care a evoluat, pacientul respectiv fiind, în momentul suici-

dului, în mod real ameliorat. Din punct de vedere psihopatologic însă, fenomenul se explică prin faptul că pulsiunea suicidară presupune atît iniţiativă cît şi un anumit fundal motivaţional, care nu se întîlnesc la pacientul profund psihotic ci mai degrabă la omul aparent sănătos. Tocmai de aceea, pulsiunea ca şi iniţiativa suicidară se manifestă cu precădere la debutul puseului psihotic, la apariţia primelor simptome, cînd persoana prezintă încă pulsiuni şi iniţiative sau, în finalul puseului psihotic, atunci cînd în contextul ameliorăriii stării psihice, pulsiunile (şi în plan comportamental iniţiativele şi acţiunile) reapar, cunosc o reînviorare, cîştigînd forţă de manifestare.

2.4. *Suicidul* poate apărea *ca expresie a unei stări psihotice* (depresive sau schizofrenice) *care se manifestă sub aparenţa unei fenomenologii clinice somatice.* Este cunoscut astăzi faptul, că numeroase stări depresive evoluează sub o simptomatologie somatoformă, că există o „expresie somatică a depresiunii" (G. Ionescu, 1972, p. 245) sau „o depresie mascată" (P. Kielholz, 1972) de manifestări somatice care păstrează însă în fundal acelaşi înalt potenţial suicidar. Şi în aceste depresii, care la o analiză psihopatologică se dovedesc a fi la fel de autentice ca şi depresiile propriu-zise, simptomatice, apar numeroase acte suicidare care nu sînt însă corelate cu starea psihică şi nici cu fenomenologia somatică, dealtfel nespecifică, lipsită de o fundamentare organică. Manifestarea suicidară din această condiţie clinică este în mod eronat considerată ca „anomică" sau sociogenetică. Întrucît, analiza clinică evidenţiază natura ei psihopatologică.

Toate aceste situaţii, pe care le considerăm elocvente, ca şi altele mai puţin evidente, se înscriu ca argumente ce tind să acrediteze ideea că aria suicidului „raţional" sau „moral" este mult mai redusă decît cea preconizată de studiile sociologice şi de consideraţiile filozofice.

În afara acestor argumente care pledează împotriva suicidului „raţional" a determinării „anomice" şi în favoarea naturii sale psihopatologice, mai pot fi menţionate numeroase observaţii şi considerente. Astfel, este cunoscut faptul că în perioade excepţionale, dramatice sau catastrofice incidenţa suicidului nu creşte, ci se reduce în mod evident. De asemenea, persoane aflate în situaţii de boală dramatice, cu traumatisme grave mutilante sau cu afecţiuni neoplazice, nu recurg la suicid, ci îşi manifestă cu mai multă vigoare tendinţa de apărare a fiinţei, de menţinere a existenţei. Considerăm de aceea că o situaţie catastrofică ce survine asupra grupului social sau a insului nu măreşte riscul suicidar, ci tendinţa de supravieţuire şi depăşire a acesteia.

În virtutea acestor considerente subliniem faptul că pe măsură ce studiile asupra epidemiologiei şi etiologiei suicidului devin mai aprofundate, sînt mai ştiinţific elaborate şi aparţin unor persoane avizate, devine tot mai pregnant acreditată ideea că suicidul are de cele mai multe ori o sorginte psihopatologică, iar studiile idiografice asupra etiologiei fenomenului suicidar vor determina o deplasare a opiniilor de la explicaţiile social-economice la cele medical-psihopatologice.

3. Asupra incidenţei şi prevalenţei fenomenului suicidar

Spre deosebire de alte condiţii clinice medicale, rata mortalităţii prin suicid este greu de estimat datorită factorilor de entropie epidemiologică, în rîndul cărora se înscrie, la loc de frunte, suicidul disimulat. Astfel,

datorită acreditării sociale negative, fenomenul suicidar se realizează într-un mod mascat, el fiind înregistrat deseori ca un accident, care, sub aspect etiologic rămîne nedeterminat.

Pe de altă parte, incidența suicidului cu greu poate fi estimată în mod global, printr-o evaluare asupra ansamblului populațional, știut fiind că ratele sale sînt diferite, în funcție de sex, vîrstă, statut marital și profesional etc. Astfel, suicidul este de trei ori mai frecvent la bărbați decît la femei, de două ori mai frecvent la vîrstnici decît la tineri, de două ori mai frecvent la cei care trăiesc singuri decît la cei care sînt căsătoriți, pentru ca în rîndul celor care au rămas singuri, incidența suicidului să fie de patru ori mai mare la bărbați decît la femei.

Totodată, rata suicidului cunoaște valori diferite în funcție de numeroși alți *itemi*, fiind variabilă mai ales după gradul socio-cultural sau axul meridianal. Astfel, așa după cum am mai consemnat (1981, p. 649), cea mai reprezentativă anchetă efectuată de Organizația Mondială a Sănătății pe o populație de 400 milioane persoane din 25 de țări, estimează rata anuală a suicidului la 18/100 000 locuitori. Abaterile de la această medie sînt însă deosebit de mari, oscilînd între 1,8 (Irlanda) sau 3,5 (Grecia) și 24,7 (Cehoslovacia), conform datelor Biroului Regional O.M.S. pentru Europa, prezentate de E. M. Brooke (1975, p. 83). Aceleași mari diferențe de la o țară la alta sînt redate si în alte studii (J. Védrinne și J. P. Soubrier, 1971, p. 4766), care estimează rata anuală a suicidului între 7,1 (Italia) 7,5 (Scoția) și 31,4 (Japonia) sau 31,9 (Danemarca). În linii generale se apreciază că „rata suicidului este cuprinsă între 25/100 000 pentru Scandinavia, Elveția, Germania Federală, Austria și Japonia și sub 10/100 000 pentru Spania, Italia și Olanda" (H. I. Kaplan, B. J. Sadock, 1983, p. 704).

Spre deosebire de estimarea realizată prin analiză transversală, care exprimă acel *hic et nunc* al oricărei stări de boală, exprimat prin incidența acesteia, am realizat din diverse date, desigur disparate, un tablou al evoluției în timp a fenomenului suicidar.

Țara	Perioada	Rata anuală a suicidului la 100 000 locuitori
Anglia	1952	13,8
	1961	15,1
	1969	15,0
	1976	11,5
Australia	1952	14,9
	1961	16,6
	1976	11,9
Canada	1952	9,5
	1961	11,11
Cehoslovacia	1961	28,2
	1969	24,7
	1975	24,7
Danemarca	1952	31,9
	1956	22,5
	1961	24,2
	1971	31,9
	1983	25,0

Țara	Perioada	Rata anuală a suicidului la 100 000 locuitori
Elveția	1952	28,8
	1961	23,3
	1969	17,5
	1983	25,0
Finlanda	1952	25,8
	1956	22,4
	1961	29,0
	1983	25,0
Franța	1952	20,3
	1961	20,7
	1976	15,9
R. F. Germania	1953	23,7
	1961	24,1
	1969	21,2
	1983	25,0
Italia	1952	6,4
	1961	7,1

Țara	Perioada	Rata anuală a suicidului la 100 000 locuitori
Italia	1969	5,4
	1971	7,1
	1983	10,0
Japonia	1952	31,4
	1955	25,3
	1961	24,7
	1971	31,4
	1976	20,0
	1983	25,0
Norvegia	1952	9,8
	1961	10,0
	1983	25,0
Noua Zeelandă	1952	13,5
	1961	13,0
Polonia	1955	5,7
	1961	12,8

Țara	Perioada	Rata anuală a suicidului la 100 000 locuitori
Suedia	1952	23,4
	1961	21,7
	1969	16,9
	1976	17,0
	1983	25,0
U.S.A.	1952	14,1
	1961	15,6
	1969	15,0
	1976	10,5
	1983	11,0
Ungaria	1954	17,8
	1961	33,9
	1969	38,6
	1976	24,0

Considerăm că această analiză diacronică este utilă nu numai sub aspect euristic, ci și din punct de vedere practic, din perspectiva organizării unor măsuri de ordin profilactic. Totodată, analiza tabelului ilustrează faptul că *prevalența suicidului* este relativ constantă pentru aceeași țară, evidențiindu-se însă mari diferențe de la o țară la alta. Această constatare confirmă aserțiunea lui E. Durkheim, emisă la finele secolului trecut asupra condiției suicidare ca „funcție a culturii totale", conform căreia, pentru fiecare grup sociocultural, suicidul cunoaște o rată relativ constantă de-a lungul unei mari perioade de timp. În același timp se ilustrează că factorii sociali, deși atît de implicați în existența oamenilor, nu influențează în mod esențial rata fenomenului suicidar care, conform opiniei noastre, este determinată mai ales de factori personali semnificativi, predominant „endogeni", esențialmente psihopatogeni.

4. Supoziții etiologice asupra suicidului

Într-o măsură mai mare decît oricare alt fenomen al existenței, tocmai datorită caracterului său dramatic și aparent deliberat, suicidul ridică problema cauzelor care l-au favorizat sau, eventual, determinat. Deși în virtutea observațiilor efectuate considerăm că suicidarii prezintă întotdeauna o tulburare psihică evidentă, manifestă ori subclinică, inaparentă, admitem că această opinie exprimă *un punct de vedere* care nu este suficient pentru a delimita o cauză determinantă. Totodată sîntem convinși de faptul că în acest domeniu, ca dealtfel în ansamblul patologiei, supoziția etiologică este tributară unghiului sub care se analizează fenomenul, respectiv condiția patologică. Datorită acestui fapt studiile actuale avansează supoziția etiologiei plurifactoriale a suicidului, care include condițiile favorizante și situațiile conjuncturale, personale și ambientale, în care el s-a consumat. Polimorfismul acestor condiții și situații, larga lor dis-

persie, de la aspectele culturalo-economice la cele demografico-meteorologice, de la aspectele psihosociologice la cele medicale, impune o anumită sistematizare.

4.1. *Factorii socioeconomici.* Au fost frecvent invocaţi in etiologia suicidului întrucît s-a remarcat creşterea procentului actelor suicidare în perioadele de criză economică, de faliment şi şomaj. Fără a stabili o relaţie cauzală simplă între declinul economic al unei perioade şi fenomenul suicidar, autorii remarcă totuşi că „suicidul este corelat cu o insecuritate economică" (I. L. Dublin, 1963, p. 788). Menţionăm totuşi că aceasta nu permite stabilirea unei corelaţii între statutul economic şi rata suicidului, în sensul unei incidenţe suicidare mai mari la persoane cu statut economic scăzut şi invers. De fapt, nu starea economică precară sporeşte rata suicidară, ci pierderea unui statut economic înalt sporeşte riscul suicidului, ceea ce confirmă aserţiunea conform căreia „trecerea de la bogăţie la sărăcie mai curînd decît sărăcia ca atare este aceea care tinde să promoveze sinuciderea printre cei susceptibili" (W. Mayer-Gross şi col., 1969, p. 789).

4.2. *Factorii psihosociologici.* Au fost implicaţi în etiologia fenomenului suicidar încă de la sfîrşitul secolului trecut, cînd E. Durkheim (1897) a demonstrat că fenomenul de suicidaţie se află în strînsă corelaţie cu situaţiile care slăbesc legăturile dintre ins şi grupul său social. Astfel, sentimentul lipsei de importanţă, al inutilităţii şi nonapartenenţei la grup, dar mai ales conştiinţa nonacceptării, îndepărtării sau excluderii din grup, favorizează în mare măsură fenomenul suicidar. Ca un argument al acestei supoziţii se înscrie şi observaţia conform căreia un mare număr de sinucideri se întîlnesc printre emigranţi, mai ales în perioada de acomodare, de inserare sau în cadrul eforturilor de naturalizare. Dacă dificultăţile integrării sociale favorizează suicidul, situaţiile care facilitează integrarea, realizează, dimpotrivă, o profilaxie a acestuia; mai mult chiar, perioade critice din istoria unui grup social (ilustrate prin situaţii catastrofice ca incendii, inundaţii, invazii, războaie), au ca efect întărirea coeziunii membrilor săi, ceea ce, în virtutea conştiinţei pericolului comun şi a comunităţii de scop şi acţiune, determină o scădere a incidenţei suicidului.

În virtutea acestor considerente se poate estima că pierderea sentimentului de apartenenţă şi comuniune socială, ca şi dezinvestirea principiilor de convieţuire comunitară, poate constitui o cauză principală de autoliză; dimpotrivă, constanţa criteriilor de coexistenţă reduce incidenţa suicidului în sensul că acesta „variază invers proporţional cu stabilitatea şi durabilitatea relaţiilor sociale" (J. P. Gibbs, 1958, p. 140).

Constatăm astfel că o analiză oricît de succintă a complexului socio-relaţional suicidar conduce spre confirmarea iniţialei aserţiuni durkheimiene conform căreia „sinuciderea variază în mod invers proporţional cu gradul de integrare în grupul social căruia individul îi aparţine" (E. Durkheim, 1897, p. 209). Aceasta permite reţinerea unei idei, a cărei valoare axiomatică nu a fost desminţită ci continuu confirmată, timp de un secol, în virtutea căreia rata suicidului variază în mod invers proporţional cu forţa coezivă a sistemului relaţional. Aceasta este una din principalele idei din suicidologie prin care E. Durkheim a deschis, în acest domeniu, calea studiilor de sociologie, fapt care i-a permis să stabilească între altele „nucleul sintezei bio-psiho-sociale actuale asupra suicidului" (H. L. P. Resnik, 1980, p. 2087).

În finalul acestui paragraf se impune o precizare determinată de criticile actuale asupra teoriilor lui E. Durkheim în domeniul suicidului, formulate în special de către J. D. Douglas (1967). În esenţă, acestea constau în faptul că observaţiile lui E. Durkheim sînt tributare datelor statistice care, prin limitele lor nu permit generalizări cu valoare de veridicitate, ignorînd în acelaşi timp factori motivaţionali cu mare grad de specificitate. În ceea ce ne priveşte, considerăm că E. Durkheim a acordat datelor statistice virtuţi etiologice prezentîndu-le ca explicativ-argumentative, suprainvestind valoarea lor care este aceea a unor elemente descriptive; astfel, ca şi în cazul factorilor socio-economici (a căror deteriorare favorizează apariţia manifestărilor suicidare) se consideră actualmente că nu atît valoarea statutului social, cît mai ales pierderea acestuia constituie un element predictiv-suicidar. Precizăm însă că limitele cercetărilor lui E. Durkheim predominant metodologice nu i-au influenţat negativ concluziile care se dovedesc a fi actuale şi veridice.

4.3. *Patternul familial, statutul marital şi fenomenul suicidar.* Studiile asupra acestui domeniu confirmă aserţiunile anterioare privind importanţa factorilor psihosociologici şi a condiţiilor socio-economice în etiologia manifestărilor autolitice. Astfel, cercetările consemnează un consens asupra faptului că rata suicidului este mai mare la cei căsătoriţi fără copii decît la cei care au copii, la cei care trăiesc singuri faţă de cei care au o familie; cu alte cuvinte, incidenţa suicidului sporeşte la cei aflaţi în situaţii care slăbesc responsabilitatea socio-familială şi siderează forţa moral-volitională necesară depăşirii unor perioade sau momente existenţiale dificile. Acest fapt a fost în mod elocvent demonstrat printr-un studiu mai vechi efectuat de P. Sainsbury (1968) asupra statutului marital al unui grup de suicidari în cadrul căruia 40% nu aveau familie, iar alţi 40% pierduseră prematur un părinte.

Studii recente asupra statutului marital al suicidarilor atestă faptul că rata suicidului la celibatari este dublă faţă de rata suicidului din populaţia generală, în timp ce persoanele rămase singure prezintă o rată a suicidului de patru ori mai mare decît la loturile martor. Totodată, se consemnează faptul că în rîndul persoanelor văduve riscul suicidar este de 3,8 ori mai mare la bărbaţi decît la femei.

Spre deosebire de studiile anterioare care nu făceau distincţia între persoanele care trăiesc singure (celibatari) şi cele rămase singure (văduvi) în privinţa ratei suicidului, cercetări noi consemnează că aceasta urmează o curbă net ascendentă de la cei cu familie la celibatari, de aic. la văduvi iar în cadrul acestor categorii, de la femei la bărbaţi.

Cu privire la aceste constatări considerăm că se impun două precizări:

— incidenţa înaltă a suicidului la bărbaţii văduvi sau divorţaţi trebuie apreciată nu atît prin prisma reacţiei dramatice, fatale a acestora faţă de viaţa în afara unei familii proprii cît mai ales în contextul datelor epidemiologice suicidare, care prezintă valori superioare în rîndul bărbaţilor;

— incidenţa superioară a suicidului în rîndul persoanelor care trăiesc singure nu poate fi atribuită numai slăbirii suportului afectiv reprezentat de familie ci şi faptului că printre aceştia se întîlneşte un procent însemnat de bolnavi psihici care, în virtutea afecţiunii lor oferă o înaltă rată suicidară.

4.4. *Asupra corelației dintre rasă, religie și fenomenul suicidar.* Studiile deceniilor trecute conform cărora albii ar prezenta o rată a suicidului de două ori mai mare decît nonalbii sînt supuse actualmente unor reevaluări întrucît s-a constatat că „incidența suicidului la negri tinde spre egalizare cu aceea întîlnită în rîndul albilor" (E. S. Shneidman, 1976, p. 1777).

Unor reevaluări similare trebuie supuse și studiile privind diferențele între ratele suicidului la persoane ce aparțin unor religii diferite. Cele mai multe studii asupra acestui domeniu invocau o rată mai scăzută a suicidului la catolici, față de protestanți. Analizînd conținutul dogmelor celor două religii, înțelegem că formulările anterioare asupra ratei suicidare erau a priori inteligibile, fără a constitui expresia unor studii reliabile. Tocmai de aceea, se consideră astăzi că afilierea la o anumită religie nu poate fi corelată cu incidența suicidului, ci numai gradul de integrare religioasă ar constitui un indice de corelație cu o rată mai scăzută a suicidului.

4.5. *Influența factorilor meteorologici și cosmici asupra manifestărilor suicidare.* Starea vremii, presiunea atmosferică, altitudinea și anotimpul au constituit factori de corelație cu prevalența suicidului. Precizăm însă, că cercetările respective, bazate mai ales pe observații empirice și pe loturi slab reprezentative, nu au putut oferi observații valide, înalt reliabile. Astfel, numeroase studii relevă o creștere a frecvenței actelor suicidare în perioadele cu presiune barometrică scăzută, fără a corela observațiile cu alți factori psihopatogeni, cu atît mai mult cu cît, în civilizația noastră oamenii sînt marcați mai ales de situații frustrante și psihostressante decît pe factorii meteorologici.

Cele mai multe studii indică faptul că suicidul înregistrează o ascensiune a curbei prevalenței toamna, observație ce poate fi corelată, desigur, cu scăderea presiunii atmosferice în acest anotimp, deși se ignoră că în aceeași perioadă are loc o creștere a incidenței depresiilor majore care, după cum este bine cunoscut, prezintă cel mai înalt potențial suicidar din întreaga patologie psihiatrică. Alte studii menționează însă faptul că „în timpul verii s-a constatat procentul cel mai mare de sinuciderî" (Șt. Nica-Udangiu și Lidia Nica-Udangiu, 1982, p. 5 ; V. Predescu și col. 1983, p. 126). Totodată, în contrast cu supozițiile logice și cu observațiile empirice „momentul din an care a fost asociat cu o incidență medie ușor crescută a suicidului este primăvara" (H.L.P. Resnik, 1980, p. 2089).

Altitudinea a fost de asemenea incriminată în influențarea manifestărilor autolitice, studiile consemnînd faptul că „în general, sinuciderile sînt mai numeroase în văile fluviilor, de-a lungul coastelor și scad în regiunile muntoase, forestiere" (G. Deshaies, 1947, p. 17) observație care nu a fost însă corelată cu densitatea populației din zonele amintite.

4.6. *Gradul de urbanizare în etiologia manifestărilor suicidare.* Aceste elemente au fost corelate și deseori incriminate în favorizarea suicidului încă de la sfîrșitul secolului trecut cînd E. Durkheim postula faptul că rata suicidului este mai redusă în mediul rural decît în cel urban. Această observație este constant reluată, fiind fără echivoc menționată în cele mai multe studii, conform cărora „riscul de suicid este mai mare printre cetățeni decît în mediul rural" (F. J. Ayd, 1965, p. 131).

Considerăm însă că aserțiunea lui E. Durkheim ar trebui reevaluată pe baza unor studii reprezentative întrucît, observația sa, desigur reală, este o rezultantă a acțiunii altor factori autolitici, concurenți cu urbanizarea, dar mai specifici. Aceasta întrucît urbanizarea constituie nu numai un factor de polarizare a valorilor umane, ci și al personalităților instabile și dizarmonice care oferă teren dezadaptărilor, ce sporesc la rîndul lor rata sinuciderilor. În acest context menționăm că studii efectuate în ultimul deceniu asupra unor grupuri și categorii sociale bine delimitate, consemnează o ștergere a diferențelor între ratele suicidare urbane și rurale. La această observație de ordin general, se menționează și un aspect particular conform căruia „pentru vîrstnici, rata suicidului a ajuns să fie mai mare în mediul rural decît în mediul urban" (C. F. Schmid și M. Arsdol, 1975, p. 279).

4.7. *Statutul profesional și fenomenul suicidar* au constituit factori de corelație, supuși unor cercetări sporadice. Totuși, este cristalizată opinia conform căreia rata suicidului este mult mai ridicată la cei care nu au o profesie conturată sau al căror statut profesional nu este suficient de elevat sau bine asigurat. Pe de altă parte cercetări mai noi subliniază că pierderea statutului profesional constituie un factor important de sporire a riscului suicidar.

În privința evaluării interprofesionale a ratei suicidare se constată un consens al observațiilor conform cărora, în mod aparent surprinzător, profesia de medic prezintă cea mai înaltă rată a suicidului „medicii constituind grupul cu cea mai mare proporție de suicidari, estimată la mai mult decît dublul mediei" (W. Mayer-Gross și col. 1969, p. 790). Această observație este reluată în mod constant de cercetători, care menționează că „dintre toate profesiile, medicii ca grup prezintă una din cele mai înalte rate ale suicidului, acesta fiind răspunzător pentru mai mult de 3% din numărul total al deceselor la medici" (E. S. Shneidman, 1976, p. 1777). Consemnîndu-se faptul că „în mod tradițional — medicii ocupă primul loc în privința suicidului" se precizează că dintre medici, psihiatrii, oftalmologii și anesteziștii prezintă cel mai mare risc (H. I. Kaplan, B. J. Sadock 1983, p. 705), în timp ce pediatrii se află pe ultimul loc în privința riscului suicidar din ansamblul specialităților medicale. În ordinea rangului suicidar, interprofesional, medicii sînt urmați de muzicieni și de juriști. Așa cum am mai avut ocazia să consemnăm (Ionescu 1981, p. 653) expectația elocventă și continuă asupra caracterului finit al existenței, ca și perpetua confruntare cu moartea, ar putea explica rata înaltă a manifestărilor suicidare în cadrul profesiunii medicale.

4.8. *Suicidul în funcție de sex.* Spre deosebire de opinia empirică în virtutea căreia suicidul ar fi mai frecvent la femei, impresie indusă de procentul ridicat al tentativelor pe care acestea îl oferă, studiile epidemiologice atestă în mod constant faptul că actele suicidare propriu-zise sînt mai frecvente la bărbați. Astfel, o revistă a literaturii privind incidența comparativă pe sexe a tentativelor de suicid indică faptul că raportul femei bărbați este de 3/1. Menționăm însă că acest raport nu este constant, ci variabil în funcție de vîrstă astfel, sub vîrsta de 20 ani raportul tentativelor de suicid dintre femei și bărbați este de 10/1, după care prezintă o scădere continuă, pentru ca numai în decada 41—50 ani, acest raport să ajungă la 3/1.

Dacă în linii generale se consideră că numărul tentativelor este de trei ori mai mare la femei decît la bărbaţi, în privinţa suicidului realizat raportul este inversat, el fiind de 1/3. O analiză retrospectivă asupra evoluţiei acestui raport indică faptul că el a înregistrat în ultimele decenii o reducere progresivă; astfel, în urmă cu trei decenii el era mai net reprezentativ pentru bărbaţi, fiind estimat la 4—5/1 (M. Roth, J. D. Morrissey, 1952). După aproximativ un deceniu raportul înregistrează o reducere apreciabilă, valoarea lui fiind de 3/1 (L. I. Dublin, 1963, L. Michauk, 1965). Această diferenţă este redată şi de studii mai mari, conform cărora „bărbaţii comit suicidul de trei ori mai frecvent decît femeile" (H. L. P. Resnik, 1980, p. 2085) deşi cercetări efectuate în Japonia şi Israel indică o reducere a raportului la 1,4/1, fapt ce anulează aserţiunea mai veche conform căreia „suicidul este un mod de reacţie masculină". (F. J. Ayd, 1965, p. 131). În ceea ce priveşte incidenţa cea mai înaltă a suicidului în funcţie de sex se apreciază că „la bărbaţi frecvenţa maximă a suicidului se întîlneşte după 45 ani iar la femei după 55 ani" (H. L. P. Resnik, 1980, p. 2085) acest fapt evidenţiind opinia unor clinicieni, „semnificaţia crizei de la mijlocul vieţii" (H. I. Kaplan, B. J. Sadock, 1983, p. 706).

În vederea obţinerii unei imagini mai elocvente asupra prevalenţei transculturale a suicidului în funcţie de sex am ales decada 1954—1963 pentru care am găsit cele mai complete date epidemiologice, pe care le-am înscris în următorul tabel:

Ţara	Perioada	Rata anuală a suicidului la 100 000 locuitori	
		B	F
Anglia	1954	18,5	9,5
	1963	18,3	12,2
Australia	1954	21,9	7,7
	1963	27,0	12,2
Finlanda	1954	43,6	9,9
	1963	47,7	12,3
	1954	32,0	9,4
	1963	32,3	10,0
	1954	33,7	15,1
	1963	33,3	16,2

Ţara	Perioada	Rata anuală a suicidului la 100 000 locuitori	
		B	F
Noua Zeelandă	1954	19,9	7,1
	1963	18,0	9,0
Scoţia	1954	10,7	4,6
	1963	15,2	8,1
Suedia	1954	35,2	10,7
	1963	32,0	11,6
U.S.A.	1954	22,8	5,9
	1963	24,0	7,7

Analiza datelor privind prevalenţa comparativă a suicidului la cele două sexe ne oferă prilejul de a evidenţia două aspecte şi anume:

— dacă în anumite ţări raportul amintit de 3/1 se menţine, în altele (printre care menţionăm Anglia, Australia, R. F. Germania, Noua Zeelandă, Scoţia) el tinde să devină tot mai redus, evoluînd spre o concordanţă a ratei suicidului între cele două sexe;

— această scădere a raportului are loc prin creşterea constantă a incidenţei suicidului la femei în timp ce, la bărbaţi, această creştere este slab semnificativă, înregistrînd chiar o scădere, semnalată în Anglia, R. F. Germania, Noua Zeelandă, Suedia etc.

4.9. *Prevalenţa actelor suicidare la pacienţii cu afecţiuni medico-chirurgicale.* Studiile asupra acestei probleme consemnează faptul că în antecedentele suicidarilor afecţiunile somatice au fost estimate într-o propor-

ţie relativ redusă, de 20/100 000 (C. P. Seager şi R. A. Flood 1965) sau de 40/100 000 (P. Sainsbury, 1967) cifre care nu depăşesc în mod semnificativ rata suicidului din populaţia generală. Totuşi, alte cercetări (T. Dorpat şi col. 1968) indică faptul că 70 % din suicidari prezentau afecţiuni somatice, acute sau cronice, iar în aproximativ 40 % din cazurile de suicid consumat, boala somatică ar fi jucat un rol determinant. În acelaşi sens pledează şi alte studii conform cărora „disperarea determinată de o boală incurabilă figurează ca cea mai frecventă cauză a suicidului" (P. S. Gelhot şi S. S. Nathawat, 1983, p. 274). Pe de altă parte se subliniază faptul că îngrijirea medicală anterioară nu corelează pozitiv cu manifestarea suicidară întrucît „42 % dintre suicidari au beneficiat de îngrijiri medicale în proximele 6 luni dinainte de moarte" (H. I. Kaplan, B. J. Sadock, 1983, p. 705).

Printre condiţiile medicale care cunosc o rată suicidară superioară sînt consemnate afecţiunile asociate cu algii cronice, cu malformaţii şi desfigurări sau cu deficienţe motorii.

Menţionăm că studiile privind prevalenţa manifestărilor suicidare la bolnavi cu afecţiuni medicale nu fac o distincţie între: antecedentele somatice ale suicidarilor şi condiţia somatică imediată care a influenţat în mod direct actul suicidar. În virtutea unor observaţii şi informaţii, desigur limitate, considerăm că:

— incidenţa înaltă a afecţiunilor somatice în antecedentele suicidarilor nu exprimă ipso facto o corelaţie pozitivă a acestor antecedente cu suicidul, deşi rata cea mai înaltă a suicidului se întîlneşte în cea de-a şaptea decadă a existenţei, vîrstă la care cele mai multe persoane prezintă o incidenţă superioară a afecţiunilor somatice, acute sau cronice;

— în privinţa rolului determinant al unei afecţiuni somatice severe în etiologia suicidului menţionăm că din datele statistice ale secţiilor de neurologie şi neurochirurgie din Spit. Dr. Gh. Marinescu din ultimele două decenii nu se consemnează acte suicidare la pacienţi cu boli somatice grave, profund invalidante sau cu prognostic infaust. Aceasta dovedeşte că o afecţiune somatică severă, cu serios risc *ad vitam* nu determină o exacerbare a pulsiunilor suicidare cît mai degrabă o tendinţă de depăşire a acesteia şi de supravieţuire. Totuşi cînd este vorba de afecţiuni neoplazice sau de persoane vîrstnice cu afecţiuni somatice, riscul suicidar sporeşte, fapt ce trebuie avut în vedere de omnipractician sau de specialistul somatician.

4.10. *Asupra supoziţiei ereditare în manifestările suicidare.* Concepţia genetică asupra manifestărilor suicidare a înregistrat în ultima vreme modificări radicale; astfel în timp ce autorii clasici (Magnan, Régis) apreciau suicidul „ca un viciu ereditar", cercetătorii moderni, bazaţi desigur pe o riguroasă analiză clinică, constată dimpotrivă, că nu există probe care să ateste implicaţii ereditare în manifestările suicidare. Această divergenţă a opiniilor se datoreşte faptului că factorii ereditari nu determină pulsiunea sau tendinţa suicidară, ci favorizează apariţia unor afecţiuni psihice care prezintă un anumit potenţial suicidar. Numai în acest context poate fi înţeleasă afirmaţia după care „suicidul este mai frecvent la persoane care au în familie o istorie de suicid, tentative sau suicid real" (H. I. Kaplan, B. J. Sadock, 1983, p. 705). Ipoteza care preconizează natura ereditară a suicidului fiind nerealistă, trebuie acordat credit aser-

ţiunii conform căreia, „o ereditate psihiatrică încărcată măreşte riscul de suicid" (A. Lauriers, 1963, p. 3056) fapt confirmat mai ales în cazul acelor afecţiuni psihiatrice care prezintă serioase componente genetice. Astfel, „în măsura în care depresia bipolară este determinată genetic şi rata suicidului în acest grup nozografic este mai mare, relaţia fiind în acest mod confirmată" (H. L. P. Resnik, 1980, p. 2089). Nu trebuie omis însă faptul că această relaţie este nu numai mediată ci şi „determinată" de depresie. Se înţelege că în această analiză nu trebuie înscrise situaţiile în care existenţa unui suicid în antecedentele heredo-colaterale ale unei persoane poate constitui un element psihotraumatizant perpetuu, instituindu-se într-un factor suicidogen exogen.

5. Aserţiuni patogenetice asupra manifestărilor autolitice

Fără îndoială, că primele supoziţii patogenice ştiinţifice asupra suicidului aparţin psihologiei dinamice. Astfel, conform teoriei psihanalitice, suicidul ar reprezenta „ultima formă" a ostilităţii inconştiente, orientate asupra obiectului iubit introectat, care, este văzut şi considerat în mod ambivalent. Deci suicidul ar constitui „o crimă la 180°" fapt preconizat încă de S. Freud (1917) care manifesta rezerve asupra faptului că ar putea exista un suicid în afara dorinţei, „precoce reprimată" „de a omorî" pe cineva.

Principalul teoretician psihanalist al suicidului, K. Menninger, consideră că pulsiunile ostile în suicid ar fi de trei categorii sau, mai bine spus, ar prezenta trei orientări. Astfel, în viziune psihodinamică, tripticul pulsional suicidar ar cuprinde: dorinţa de a ucide, dorinţa de a fi ucis şi dorinţa de a muri.

Subliniind faptul că supoziţia patogenică psihanalitică asupra suicidului a fost construită pe baza analizei manifestărilor autolitice ale pacienţilor depresivi endogeni pentru care îşi regăseşte o serioasă confirmare, precizăm totuşi că „un mare număr de pacienţi suicidari nu ilustrează psihodinamica clasică asociată cu depresie, după cum, mulţi pacienţi depresivi nu sînt suicidari" (H. I. Kaplan, B. J. Sadock, 1983, p. 706).

Tocmai datorită inconstanţei confirmări a teoriei psihanalitice asupra manifestărilor suicidare G. Zilboorg (1937) a prezentat o teorie mult mai cuprinzătoare asupra patogeniei suicidului, completînd dinamica pulsională suicidară cu mobiluri ale lumii externe. În plus, el avansează un punct de vedere original care, conform observaţiilor noastre îşi găseşte o deplină confirmare şi anume că, alături de puternica ostilitate inconştientă, suicidarul prezintă „o neobişnuită incapacitate de a iubi pe alţii".

Aceeaşi insatisfacţie faţă de caracterul unilateral al teoriei psihanalitice a suicidului este evidenţiată şi în studiile lui R. E. Litman (1965). Pe baza „experienţelor clinice", el consideră că psihodinamica suicidului nu se reduce la ostilitate, numeroşi alţi factori fiind incluşi în patogenia fenomenului. Printre aceştia, autorul include „trăsături generale ale condiţiei umane specifice civilizaţiei occidentale", ca şi „mecanisme predispozante particulare" în care include anxietatea, culpabilitatea, ca şi furia, disperarea, neajutorarea, etc. În acelaşi timp, R. E. Litman postulează existenţa unei pulsiuni autolitice profunde şi individuale care însă, în imensa majoritate a cazurilor este controlată şi depăşită prin „identifi-

cări sanogenetice", „defense ale ego-ului" şi „deprinderi constructive de a trăi şi de a iubi". Distrugerea acestor mecanisme interne cu virtuţi profilactice poate determina apariţia manifestărilor autolitice.

6. Caracteristici ale suicidului în funcţie de vîrstă

Nu numai rata suicidului este diferită de la o vîrstă la alta, ci şi mobilurile, semnificaţiile şi chiar mijloacele de realizare cunosc aspecte particulare, chiar specifice, diverselor etape cronologice.

6.1. *Suicidul la vîrsta copilăriei* cunoaşte o slabă incidenţă mai ales în prima decadă de existenţă; totuşi, studiile de specialitate citează cazuri de suicid începînd încă de la vîrsta de 3—4 ani deşi, considerăm că acestea au un caracter involuntar şi iraţional. Într-adevăr, la vîrsta preşcolarităţii, copiii nu au conştiinţa morţii, cunoştinţele şi concepţiile lor asupra acestui fenomen fiind parţiale şi confuze. De cele mai multe ori, pentru copil moartea nu semnifică înlăturarea vieţii, ci doar anularea sau negarea momentului respectiv, trăit în mod afectiv-negativ. Alteori, suicidul are o valoare ludică, realizîndu-se printr-un act imitativ sau de identificare cu o persoană investită afectiv, care a murit ori s-a sinucis. Dacă aceste elemente sînt incriminate în etiopatogenia suicidului la copilul mic, factori de ordin psihogen favorizează actul suicidar al copilului mare; astfel situaţii puternic psihotraumatizante sau frustrante, lipsa de sprijin afectiv ca şi elemente de răzbunare pot realiza ceea ce putem numi suicid reactiv, caracteristic suicidului întîlnit la copilul mare.

Cu toate că suicidul la copil pare a avea un caracter aleator, insuficient sau formal motivat, realizării sale fiindu-i inerent elementul întîmplător, se consideră că „multă vreme a fost subestimată ideea de moarte la copil" ..., el cunoscînd angoasele şi obsesiile morţii încă de la vîrsta de 7—8 ani" (E. Morin, 1976, p. 39).

6.2. *Suicidul la adolescenţă şi tinereţe* realizează un salt impresionant ca frecvenţă, în perioada 15—19 ani fiind de 6—7 ori mai des întîlnit decît la vîrsta copilăriei. Această creştere a incidenţei îşi continuă curba ascendentă în tinereţe, cînd „pragul suicidar este de trei ori mai mare între 20—24 ani faţă de perioada cuprinsă între 15—19 ani" (F. J. Ayd, 1965, p. 131). În aceste condiţii, „rata suicidului sub 18 ani este de 14,6% iar în perioada 18—30 ani de 44,2%" (P. S. Gelhot şi S. S. Nathawat, 1983, p. 275), ceea ce face ca mai mult de jumătate din cazurile de suicid să se consume înaintea vîrstei de 30 de ani.

Principalele cauze ale suicidului în această perioadă constau în perturbarea echilibrului psihic prin transformările hormonale ale pubertăţii, dar mai ales în debutul unor psihoze şi în special a schizofreniei, factori care determină creşterea spectaculară a procentului cazurilor de suicid. În aceste condiţii, actul suicidar poate apare ca un prim simptom al psihozei discordante, ori ca manifestare critică impusă de conţinutul halucinaţiilor şi delirului. Alteori, suicidul tinerilor şi adolescenţilor are un caracter reactiv, fiind ocazionat de situaţii psihotraumatizante, frustrante, psihostressante, de sancţiuni nemeritate sau disproporţionate, ca şi de eşecuri şcolare etc. Astfel, dificultăţile întîmpinate în asimilarea cunoştinţelor, complexele de inferioritate şi culpabilitate determinate de

eşecurile şcolare contribuie la creşterea suicidului printre elevi şi studenţi. Datorită acestor factori, rata manifestărilor suicidare la aceste grupuri de tineri este de două ori mai mare faţă de loturile martor, actul suicidar fiind înscris ca „a doua cauză de deces la liceeni" (M. Ross, 1970, p. 94).

Menţionăm de asemenea că, spre deosebire de vîrstnici, la care actul suicidar este elaborat, relativ organizat şi mai mult sau mai puţin elocvent anticipat, la tineri, suicidul este, în general, nedeliberat, impulsiv, avînd un caracter brusc, eventual imperativ.

6.3. *Suicidul la vîrsta maturităţii* este determinat de cele mai multe ori de o boală psihică. Astfel, dacă în adolescenţă şi tinereţe situaţiile psihotraumatizante şi în general factorii exogeni jucau un rol preponderent, acum, în etiologia suicidului se înscriu mai ales factorii endogeni, psihozele, ca şi manifestările psihotice ale diverselor condiţii clinice, figurînd drept primă cauză de autoliză; dintre acestea, în cea de-a treia decadă de vîrstă predomină manifestările discordante, pentru ca, în cea de-a patra decadă a vîrstei, în prim-planul factorilor etiologici să apară stările depresive şi delirante. Tot în această perioadă, stările confuzionale, ca şi tulburările senzoriale psihotice, halucinatorii, care apar pe fondul alcoolomaniei şi toxicomaniilor, îşi aduc contribuţia la sporirea ratei manifestărilor autolitice.

6.4. *Suicidul la senescenţă* cunoaşte o ridicată amplitudine a curbei de incidenţă, întrucît numeroşi factori, endogeni şi exogeni, de ordin psihosocial, se înscriu într-o acţiune convergentă, de slăbire a forţelor sanogenetice şi a elanului vital. Studiile efectuate asupra suicidului la vîrsta involuţiei au evidenţiat faptul că punctul maxim al actelor suicidare se situează „în jurul vîrstei de 65 ani, cînd atinge un procent de 40/100 000 locuitori pentru bărbaţi şi 20/100 000 pentru femei" (W. Mayer-Gross şi col. 1969, p. 789), cunoscînd apoi o scădere, care, în jurul vîrstei de 80 ani ajunge la 10/100 000.

Spre deosebire de tineri, la care, aşa cum am mai subliniat, suicidul are un caracter nedeliberat, intempestiv, fiind de cele mai multe ori reactiv, la vîrstnici actul suicidar implică anumite caracteristici de organizare şi programare. Astfel, cu mult înaintea iniţierii actului de autoliză, virtualul suicidar face „ordine" în treburile sale, „rezolvă" problemele insuficient clarificate şi anunţă, în mod deschis, ori disimulat sau aluziv, intenţiile sale de suicid.

7. Asupra evoluţiei mijloacelor de realizare a suicidului

Din varietatea extremă a mijloacelor de autoliză, alegerea la care recurge suicidarul este determinată de numeroşi factori, printre care menţionăm: eficacitatea, rapiditatea, uşurinţa execuţiei, imitaţia, caracterul indolor al actului, spectaculozitatea, păstrarea aspectului fizic şi a integrităţii corporale etc. Totuşi, considerăm că mijlocul utilizat este, în ultimă instanţă, determinat de semnificaţia suicidului, pe de o parte, şi de starea psihică a persoanei în momentul acţiunii suicidare, pe de altă parte. Tocmai de aceea, se presupune, nu fără un anumit realism, că eficacitatea mijlocului ales ilustrează autenticitatea tentativei suicidare.

În cazul manifestărilor autolitice reiterate este cunoscut faptul că atunci cînd prima tentativă autentică a fost eșuată, pentru a doua se recurge la o modalitate mai sigură, mai directă, mai nedisimulată; de asemenea, se știe că bărbații se sinucid „într-un mod mai violent decît femeile" (A. Hordern și col. 1965, p. 9) ceea ce concordă cu procentul mai mare de tentative reușite la aceștia. În privința gradului de fermitate asupra hotăririi de suicid trebuie reținut totuși faptul că „nu se poate stabili *apriori* un raport între alegerea mijlocului suicidar și autenticitatea dorinței" (M. Quidu, 1964, p. 2).

În mod tradițional se consideră că principalele mijloace autolitice sînt traumatice (în special defenestrare și împușcare), asfixice (inhalarea de gaze, submersie, strangulare) și toxice (ingestia unor substanțe, deseori medicamentoase, în special neuroleptice). În cel mai cuprinzător studiu privind mijloacele folosite în 32 000 acte suicidare consumate, J. Hirsch (1960) prezintă procentele în care au fost folosite principalele procedee: 30% inhalarea de gaze, 20% strangulare, 16% aruncare de la etaj; 13% ingestie de substanțe toxice, 8% împușcare etc. Din aceste date, ca și din numeroase alte studii se constată că în deceniile trecute peste 50% din actele suicidare se realizau prin inhalarea de gaze și strangulare, mijloace care au cedat treptat locul ingestiei substanțelor medicamentoase. Astfel, pe o perioadă de aproximativ un deceniu, „utilizarea barbituricelor în scop suicidar a crescut de 16 ori" (A. Hordern, 1965, p. 9) pentru ca, în prezent, ingestia substanțelor medicamentoase în doze toxice să constituie „mijlocul cel mai frecvent de suicid, fiind consemnat în 30% din cazurile cercetate" (P. S. Gelhot, S. S. Nathawat, 1983, p. 275).

8. Problematica psihologică a fenomenului homicidar

Definit ca actul de provocare directă a morții unei ființe umane de către altă ființă umană, homicidul nu este încă distins de crimă și de asasinat. Într-adevăr, din definiția amintită, în mod constant reluată în studiile de specialitate, actele homicidare nu sînt diferențiate de crime și asasinate. Aceasta întrucît, definind crima ca un homicid voluntar, deliberat și utilitar (Ch. Bardenat, 1965, p. 264) și delimitînd asasinatul prin caracterul său premeditat, nu se realizează decît extinderea exagerată a sferei noțiunii de homicid care ar include aceste două condiții. Cu toate că în cazul actelor homicidare pot fi întîlnite atît aspecte deliberate cît și premeditate, considerăm că distincția dintre cele trei condiții trebuie să comporte ca prim criteriu fondul psihic, în sensul că homicidul, deși apare uneori ca deliberat și premeditat, constituie expresia unei stări psihopatologice, ceea ce îl distinge de crimă și asasinat care, fiind făptuite de persoane considerate sănătoase din perspectiva criteriilor nosografice, sînt condiții sau spețe juridice.

Expresie a unei stări psihopatologice, actele homicidare sînt rareori *extrafamiliale* și mai ales *intrafamiliale*, fiind orientate asupra părinților (paricid), respectiv asupra tatălui (patricid) sau a mamei (matricid), ori asupra fratelui (fratricid), sorei (suroricid), soțului (uxoricid) sau copilului (infanticid). În varianta sa extrafamilială, homicidul este deseori orientat asupra unor înalte personalități, bine cunoscute în plan sociocultural, situație în care poartă numele de magnicid.

Datînd de la constituirea primului nucleu familial, homicidul este întîlnit în mitologiile păgîne care, necunoscîndu-i cauzele, îl explicau prin „fatalitate" sau „mister". În mod paradoxal, religia creștină a căutat să acorde homicidului o explicație raționalistă, invocîndu-i drept cauze gelozia, umilirea și frustrarea.

Etiopatogenia manifestărilor homicidare se află încă sub incertitudinea supozițiilor, cea mai argumentată dintre acestea aparținînd psihologiei dinamice. Într-adevăr, numeroase studii asupra homicidului și în special cele din rîndul tinerilor și adolescenților (A. Ochonisky, 1963, M. Briguet-Lamarre, 1969 și altele) explică fenomenul din perspectivă psihodinamică, insistînd asupra „caracterului arhaic al raporturilor dintre subiect și părinți" și „deficienței principiului realității". Această supoziție patogenică nu este întotdeauna acceptată, uneori fiind respinsă cu vehemență „întrucît nu putem admite postulatul apriori al naturii criminale a ființei umane,... acest pervers polimorf încă de la naștere, așa cum îl vrea Freud" (M. Schachter, 1974, p. 276).

Din aceste considerente, alte studii (D. H. Russell, 1965; J. W. Duncan și G. M. Duncan, 1971; M. Schachter, 1974) explică fenomenul homicidar dintr-o mai largă perspectivă, acordînd atenție „condițiilor mesologice", conflictelor familiale și tensiunilor psihice determinate de elemente conjuncturale. Adoptînd acest punct de vedere și bazîndu-se pe „motivațiile conduitei homicidare", G. Heuyer (1969) încearcă o sistematizare a fenomenului în: homocid utilitar, de frică, prin imitație, prin răzbunare, din ură familială și cu problematică sexuală.

Clinica psihiatrică înregistrează rareori acte de homicid, ceea ce atestă ideea că boala psihică *per se* nu dezvoltă pulsiuni agresive și nici nu dezvăluie un eventual potențial criminogen. Dimpotrivă, o succintă analiză a condițiilor homicidului acreditează faptul că acesta, în rara sa incidență, este de cele mai multe ori rodul întîmplării sau efectul secundar al unor simptome psihiatrice și nu al unei tendințe homicidare propriu-zise. Astfel, în clinica psihiatrică, homicidul poate fi întîlnit ca: — accident, determinat de un bolnav aflat într-o stare confuzo-onirică; — expresie a unei halucinații auditive imperative cu conținut homicidar sau a unei halucinații vizuale terifiante; — manifestare fortuită, deseori de apărare, a unui bolnav cu delir de persecuție; — act delirant „altruist" ce apare pe fondul unei psihoze depresive; — acțiune agresivă, nedeliberată, într-o psihopatie explozivă.

Sub aspectul fenomenologiei clinice homicidul se poate manifesta:

— în mod impulsiv, în forma unui *raptus* ce apare concomitent cu tentativa de suicid, victima aflîndu-se întîmplător în preajma bolnavului cuprins de o stare onirică terifiantă sau halucinator-delirantă;

— în mod deliberat, situație în care pe fondul unei tendințe suicidare apare ideea de homicid orientată asupra unor persoane puternic investite afectiv și în special erotic; de cele mai multe ori, acesteia, i se propune inițial suicidul dual iar în cazul refuzului se recurge la homicid.

Manifestările homicidare prezintă anumite caracteristici în funcție de aspectele clinice ale principalelor boli psihice.

În *delirurile cronice sistematizate*, victimele sînt de obicei anterior designate și uneori anunțate prin insinuări, revendicări sau în mod elocvent, prin amenințări, ceea ce permite organizarea unor măsuri de prevenție; acestea se impun cu atît mai mult cu cît intenția homicidară vizează un magnicid, bolnavul fiind deseori un delirant persecutat-persecutor.

Psihozele discordante realizează acte homicidare mai ales în formele infanto-juvenile şi în stadiile iniţiale ale bolii. Ideile delirante de persecuţie parentală şi mai ales sentimentele de inversiune afectivă pot fi considerate ca premonitorii pentru o acţiune homicidară.

Bolile afective primare, în special depresive, pot ocaziona manifestări homicidare „altruiste" în virtutea cărora pacientul doreşte să-şi salveze familia şi în special copiii, de la supliciile la care îi vede supuşi prin prisma trăirilor sale delirante.

Homicidul în cadrul *epilepsiilor* este cel mai frecvent întîlnit şi totodată cel mai controversat sub aspect psihopatologic şi juridic. Aceasta cu atît mai mult cu cît traseul bioelectric din epilepsii considerat patognomonic s-a dovedit a fi uneori nerelevant şi cu atît mai puţin specific, chiar în forme de epilepsie evidente din punct de vedere clinic. Cele mai frecvente cazuri de homicid se întîlnesc în cadrul stărilor de *furor epilepticus* sau, în momentele confuzo-onirice pre- şi mai ales postparoxistice. În astfel de condiţii, homicidul are un caracter imprevizibil şi incomprehensibil, impresionînd prin automatismul şi brutalitatea execuţiei. Clinicienii au constatat că homicidul comis în cursul unei stări critice a fost premeditat şi chiar anunţat în perioadele intercritice, de luciditate a conştienţei, ceea ce împieteazǎ asupra responsabilităţii bolnavului. Trebuie menţionat de asemenea că bolnavul epileptic, prin însăşi structura personalităţii sale, prezintă potenţializarea unor izbucniri coleroase, fapt care nu-i conferă însă iresponsabilitatea.

Stările confuzionale ce apar pe fondul *toxicomaniilor* sau al *alcoolismului cronic*, precum şi în *intoxicaţia alcoolică idiosincratică*, pot antrena manifestări homicidare, în funcţie de conţinutul productivităţii senzoriale psihotice sau al ideaţiei delirante.

Stările obsesive, care în mod structural ca şi prin conduită sînt nonagresive, pot în mod paradoxal să prezinte acte homicidare, în momente intens emoţionale. Considerăm că nici în aceste cazuri pulsiunea homicidară (îndreptată deseori asupra medicului curant sau psihoterapeutului) nu trebuie asimilată cu ruminaţia criminală întrucît aceasta este deliberată şi utilitară în timp ce tendinţa homicidară (absurdă prin motivaţie şi orientare) este nonutilitară şi constant reprimată. De fapt, obsesivul se teme de propria-i pulsiune homicidară pe care o consideră patologică şi xenopatică, avertizînd victima sau anturajul acesteia de tendinţa „monstruoasă", care îi domină conştiinţa.

Analiza clinică a bolnavului cu manifestări homicidare relevă faptul că acesta nu este „devorat de rea credinţă şi mînie" (F. J. Ayd, 1965, p. 143), ci cufundat în confuzie şi copleşit de manifestările halucinatorii uneori terifiante şi imperative sau de conţinutul negativ al ideaţiei delirant-interpretative. Alteori, ideaţia delirantă antrenează stări afective „generoase", cu orientări „altruiste", actul homicidar încheind destine considerate „univoc tragice", sortite unor „chinuri veşnice". Tocmai de aceea, bolnavul homicidar, de obicei un depresiv delirant, surprins de propria sa acţiune, nu o neagă, nu încearcă vreo disimulare, ci, dimpotrivă, recurge la autodenunţare.

8.1. *Infanticidul*, ce poate fi considerat ca o variantă a homicidului, constituie expresia elocventă a acestei conduite; el constă în uciderea propriilor copii urmată de suicid, spre a se „salva" împreună, de chinurile

la care erau condamnaţi. În accepţiunea sa veridică, infanticidul apare pe fondul unei psihoze depresive sau discordante a mamei, în care manifestările delirante specifice domină scena fenomenologiei clinice.

Reiterarea manifestărilor homicidare aduce în discuţie problema pronosticului pacienţilor respectivi, care este în funcţie de boala pe care aceştia o prezintă. În consecinţă, prognosticul lor este asemănător cu acela al pacienţilor nonhomicidari. Pe de altă parte, manifestarea homicidară fiind un element al bolii, eventualitatea reiterării trebuie apreciată în contextul afecţiunii respective. Astfel, în cazul unei psihoze depresive, cu ocazia unui nou puseu, sînt posibile manifestări reiterative, ceea ce impune o asistenţă mai promptă şi o supraveghere mai atentă a acestor bolnavi. Eficacitatea acestor măsuri a permis ca numeroase paciente, cu infanticid în antecedente, să se bucure de naşterea şi creşterea altor copii, fără a prezenta recrudescenţa ideaţiei delirante.

8.2. *Suicidul colectiv.* Ca şi în cazurile homicidului comis de bolnavi depresivi sau a infanticidului delirant, suicidul colectiv poartă marca altruismului, dar şi a sugestibilităţii induse în mod aberant. Fără a întreprinde o incursiune în cutremurătoarea sa istorie, menţionăm că în afara formelor ,,duale'' sau ,,familiale'', suicidul colectiv a cunoscut proporţii impresionante, determinate de influenţe religioase sau socioculturale, cum au fost ,,epidemiile'' de suicid care au avut loc în Vestul Europei după apariţia lucrării ,,Suferinţele tînărului Werther'' sau în Statele Unite, după sinuciderea artistei Marylin Monroe. Alteori, contagiunea suicidară este bazată pe anumite convingeri religioase dar şi culturale, conform cărora moartea ar avea un caracter eliberator. Astfel, în Japonia, înaintea celui de-al doilea război mondial, au existat ,,cluburi ale sinuciderii'' care îşi încheiau reiuniunile prin sinuciderea în sală a unor ,,voluntari ai morţii''. Tot în seria ,,epidemiilor'' de suicid poate fi înscris şi fenomenul Kamikaze (Vînt divin) apărut în Extremul Orient sub influenţa religiilor sintoiste şi budiste, care propovăduiau renunţarea la sine, sfidarea morţii şi caracterul purificator al acesteia. Ultima dramă colectivă de autoliză a avut loc în Guyana (1978) cînd 927 membri ai unei comunităţi socioreligioase, cetăţeni ai Statelor Unite, s-au sinucis, induşi de acţiuni mistico-persuasive, din care nu lipseau şantajul, privaţiunea şi ameninţarea, exercitate de conducătorul lor, pastorul Jim Jones.

Sub unghiul psihopatologiei clinice, suicidul colectiv este iniţiat de un pacient cu psihoză depresivă sau schizofrenie paranoidă care prezintă tendinţe autolitice şi este considerat suicidar activ. Acesta induce ideea şi convingerea suicidară asupra altor persoane care prezintă o boală psihică asemănătoare, o mare sugestibilitate sau cu un anumit grad de deficienţă mintală. Cei induşi iau hotărîrea în grup stabilind data, dar şi mijlocul suicidar care, de cele mai multe ori este psihofarmacologic.

9. Atitudinea socio-culturală faţă de acţiunea suicidară

Considerăm că atitudinea grupului social şi a societăţii în general faţă de suicid poate fi corelată cu concepţiile privind natura actului suicidar. Desigur, aceste concepţii au fost iniţial religioase fiind determinate de faptul că suicidul punea, în cel mai înalt grad, problema atitudinii faţă de viaţă

și a dreptului omului față de aceasta. Astfel, în cadrul religiilor care valorizau viața, suicidul era respins și condamnat, în timp ce pentru religiile care minimalizau viața, în aspirația ardentă către o altă și eternă existență, suicidul era acceptat și uneori promovat. Această ultimă concepție a călăuzit și creștinismul pînă în secolul al VII-lea era noastră, cînd unirea puterii ecleziastice cu cea statală a dus la proscrierea suicidului, apreciat ca un act de revoltă a insului împotriva bisericii și statului. Fiecare din cele două instituții condamnau suicidul în maniera sa specifică asimilîndu-l păcatului și respectiv crimei.

Dezvoltarea monarhiilor a consolidat această opinie prin prerogative care încă din secolul al X-lea condamnau suicidul ca o sfidare nu numai a lui Dumnezeu, ci și a regelui. Precizăm însă că nu toate religiile și nici toate monarhiile au păstrat această atitudine de respingere și condamnare a manifestărilor suicidare; astfel, în unele țări orientale și mai ales în Japonia, sub influența religiilor sintoiste și budiste care propovăduiau renunțarea la sine, sfidarea morții și caracterul „purificator" al acesteia, în prima jumătate a secolului nostru, au apărut curente care propovăduiau și încurajau suicidul.

Desigur, aceste concepții nu priveau suicidul decît prin prisma responsabilității insului și nu a patologiei sale, prin prisma suicidului unor oameni considerați în afara tulburării psihice ceea ce ilustrează faptul că „religiile, deși făceau judecăți asupra suicidului nu încercau să înțeleagă natura, originile și implicațiile sale" (H. L. P. Resnik, 1980, p. 2085).

Filozofia a contribuit în mod esențial la scoaterea fenomenului suicidar de sub oprobiul păcatului sau crimei, ridicîndu-se împotriva concepțiilor religioase care acreditau degradarea, defăimarea, persecuția și chiar exproprierea celui care avusese o tentativă de suicid sau a familiei victimei. Astfel, filozofii iluminismului și în special D. Hume, analizează fenomenul suicidar ca fapt individual, negînd implicațiile sale religioase sau juridice.

Sub raportul reglementărilor legale privind manifestările suicidare, observăm însă, pe lîngă o mare variabilitate și un anumit grad de ambiguitate. Dacă există o unanimitate în ceea ce privește sancționarea celui care induce sau ajută o acțiune suicidară în privința persoanei cu tentative suicidare nu există, sub aspect juridic, reglementări unitare. Astfel, în unele state suicidul este considerat act criminal, în altele numai ilegal, iar în cele mai multe fenomenul suicidar nu intră sub incidență juridică, fiind considerat ca o „manifestare a dreptului individual". Mai mult, există opinii care, sub egida dreptului constituțional al insului, pun problema culpabilității juridice a celor ce împiedică o acțiune suicidară.

Desigur, astfel de atitudini, a căror tendențiozitate desfășurată în numele ideii de libertate, frizează absurdul, deși promovate de medici, se îndepărtează de dezideratele terapeutice, venind totodată în contradicție cu normele etice. Respingînd măsurile terapeutice asupra persoanei suicidare, aceste opinii nu acceptă nici intervenția medicală asupra tentativei suicidare a pacientului psihiatric, în virtutea faptului că acesta prezintă și aspecte psihice normale, care ar constitui expresia caracterului deliberat, garantul voițional și implicit constituțional al tentativei suicidare. Antimedicale, astfel de opinii sînt totodată antiumane și amorale; în plus, considerăm că ele sînt și neștiințifice, întrucît, în imensa majoritate a cazurilor, pulsiunea suicidară se manifestă numai în anumite și

foarte scurte momente care nu sînt caracteristice ansamblului atitudinal, bazal, al insului. Mai mult chiar, ca dovadă a caracterului efemer al pulsiunii suicidare este faptul că cel în cauză, împiedicat ori salvat de la actul suicidar este surprins că în momentul respectiv a fost animat de astfel de pulsiuni autodistructive. Tocmai de aceea, în legătură cu caracterul episodic al pulsiunii suicidare, ca și cu fenomenul suicidar în sine, „psihiatrii sînt sfătuiți să desconsidere total pe cei care scriu cu naivitate despre drepturile persoanei de a comite suicidul, ca și cum persoana suicidară ar fi un bolnav cronic și univalent autodistructiv" (E. S. Shneidman, 1976, p. 1780).

9.1. *Implicații sociofamiliale privind acțiunile suicidare.* Încheierea intempestivă deși formal-voluntară a cursului vieții unei persoane surprinde în cel mai înalt grad pe membrii grupului său sociofamilial. Surpriza lor este cu atît mai mare cu cît aceștia nu au posibilitatea sesizării elementelor psihopatologice ale personalității celui în cauză, fiind orientați în mod univoc asupra analizei eventualilor factori conjunctural situaționali. Întrucît în această arie nu se constată motive evidente, semnificative pentru a explica actul autolitic, sînt create premisele unei analize empirice a supozițiilor etiologice care, în mod treptat, sînt transfigurate și redate ca explicații pretins veridice. Caracterul exogen al supozițiilor și explicațiilor constituie totodată elementul primordial, germenele apariției și dezvoltării culpabilităților. În felul acesta, deși îndeobște considerat act autoagresiv, suicidul este în același timp și un act heteroagresiv, întrucît depășește limitele propriei persoane, avînd implicații directe sau mediate asupra membrilor grupului sociofamilial.

Se apreciază că pe lîngă implicațiile sociofamiliale generale, „majoritatea fenomenelor suicidare sînt evenimente diadice,... expresie a tensiunilor între două persoane apropiate și foarte bine cunoscute reciproc" (E. S. Shneidman, 1976, p. 1779). Alți cercetători (A. Toynbee, 1968) consideră că însăși moartea prezintă un aspect diadic întrucît, alături de persoana care moare, există grupul familial, marcat de pierdere și suferință care, sub aspect psihologic nu trebuie neglijat.

Uneori, caracterul diadic al fenomenului este subliniat prin scrisorile sau declarațiile suicidarului, caracterizate prin ambiguitate, explicații justificatoare sau chiar agresivitate, care pot constitui obiectul unor cercetări sau anchete judiciare. Dar nu atît prin scrisorile lăsate celor apropiați, cît mai ales prin semnificația sa, suicidul are un caracter adresativ, de comunicare, desigur simbolică, în primul rînd afectivă. Vorbind în limbajul dragostei sau al urii, suicidarul vizează pe ceilalți, actul său dramatic fiind apreciat (sub unghiul psihologiei dinamice), ca o acută „chetă afectivă". Din acest punct de vedere se consideră că numeroase manifestări suicidare, și în primul rînd tentativele de suicid, au scopul de a schimba atitudinea persoanelor semnificative din jurul celui în cauză.

Implicațiile sociofamiliale ale actelor suicidare comportă totodată valențe morale și juridice, întrucît „cel care comite un suicid plasează o grea povară emoțională asupra celorlalți" (H. L. P. Resnik, 1972, p. 167), iar după alte opinii „suicidul impune cel mai mare stigmat asupra celor care rămîn" (E. S. Shneidman, 1976, p. 1780). Menționăm totodată faptul că uneori, aceste implicații se exercită asupra mai multor generații, existența unui suicid ridicînd semne de întrebare pentru descendenți, față de care se emit prezumții explicative, pretins evocatoare. Sub acest aspect,

componenta etică a suicidului prezintă și o valență juridică întrucît, cei apropiați, la rîndul lor, au dreptul de a nu fi culpabilizați, în legătură cu actul autolitic, fatal, al unui membru al grupului familial.

10. Aspecte ale responsabilității profesionale și juridice în fața actelor autolitice

Dacă în fața evoluției inexorabile spre exitus a unei afecțiuni somatice, medicului, constrîns de limitele științei sale, i se invocă responsabilități morale, în fața suicidului, acestea îmbracă aspecte profesionale și deseori juridice. Aceasta întrucît în condițiile actuale, problematica suicidului aduce interogații nu atît științei medicale și competenței, cît mai ales cunoașterii bolnavului și asistenței.

Investigarea fenomenologiei suicidare, ca și instituirea tuturor precauțiilor și măsurilor profilactice necesare, constituie una din cele mai înalte obligații profesionale, iar „cînd un pacient psihiatric a comis suicidul, medicul trebuie să-și analizeze propriul său rol în acest act,... reconsiderîndu-și propria competență profesională" (H. L. P. Resnik, 1980, p. 2096). Cu toate că, în practica psihiatrică îndelungată suicidul este considerat ca inevitabil, se vorbește de o „regulă operantă" conform căreia „dacă un psihiatru pierde prin suicid mai mult de un pacient la doi ani, el trebuie să se consulte cu colegi mai experimentați asupra patternului activității sale profesionale" *(ibidem)*.

Sub aspectul reglementărilor juridice privind responsabilitatea civilă a cadrelor medicale, ca și al instituțiilor de sănătate referitoare la manifestările suicidare ce au avut loc în timpul spitalizării cît și după externare, diferențele sînt tot atît de mari ca și cele ce privesc responsabilitatea persoanei suicidare. Ea se extinde de la „obligația medicului de a proteja pacientul față de tendințele sale autodistructive" pînă la responsabilitatea asigurării depline a supravegherii, întrucît „suicidul datorat defectului acestei supravegheri poate fi calificat ca neglijență profesională și pedepsit de legea asupra homicidului prin imprudență" (F. J. Ayd, 1965, p. 139). Așa cum s-a mai menționat, în contrast cu acest punct de vedere larg acceptat sub aspect judiciar dar și social, în unele state se analizează „culpabilitatea persoanelor care împiedică un act suicidar și prin aceasta încalcă drepturile celui ce face tentativa" (H. I. Kaplan, B. J. Sadock, 1983, p. 709).

Cu toate acestea, în majoritatea țărilor și mai ales în cadrul instituțiilor medicale, responsabilitatea civilă a personalului de îngrijire are în vedere nu numai suicidul consumat, realizat, ci se extinde și asupra invalidității pacientului salvat. Astfel, într-un studiu de urmărire privind acțiunile judiciare împotriva cadrelor medicale care au avut în tratament pacienți cu manifestări suicidare, sînt citate „13 din 39 cazuri în care acțiunea a fost intentată de victimă, pentru rănile căpătate cu ocazia tentativei" (P. Deschamps, 1983, p. 476). În astfel de situații, deși internați în spital, pacienții refuză să atribuie bolii propriile lor acte suicidare; aceasta cu atît mai mult cu cît, la data intentării acțiunii judiciare, ameliorarea lor este atît de netă, încît cele mai profunde pulsiuni autolitice, odată îndepărtate, sînt considerate inautentice, străine persoanei lor.

Desigur, cele mai multe acțiuni judiciare sînt intentate de către membri ai familiei, invocîndu-se prejudiciul moral determinat de pierde-

rea victimei, ca şi compensarea sprijinului financiar acordat de aceasta. Incidenţa acestor acţiuni judiciare este variabilă, în funcţie de numeroşi factori printre care informaţiile juridice ale populaţiei, contextul socio-cultural, precum şi condiţiile în care s-a consumat actul suicidar, fiind consemnate într-un caz din cinci (D. A. Schwartz et al., 1975) sau într-un caz din zece (S. W. Cale et al., 1980).

Familiile care intentează acţiuni judiciare împotriva cadrelor medicale sau a personalului ce asigură asistenţa nu pot concepe cum, „în condiţiile actuale", instituţiile medicale, să nu poată realiza o profilaxie deplină a actelor suicidare. Totuşi, pentru ca medicul să poată fi făcut responsabil de actul suicidar al pacientului său, trebuie să se dovedească faptul că tentativa acestuia era logic previzibilă şi în mod obiectiv evitabilă. În această analiză se ţine seama atît de natura afecţiunii, de comportamentul pacientului în spital şi dinainte de spitalizare, cît şi de „anumite semne perceptibile" (A. Nadeau, R. Nadeau, 1971), pentru a se putea face o evaluare obiectivă a previzibilităţii tentativei. Cu toate acestea, prin „autopsia psihologică" a actelor suicidare se constată că „cel puţin aparent, faptele pledează în favoarea lacunelor în supravegherea victimei sau a erorilor în aprecierea riscului suicidar" (P. Deschamps, 1983, p. 478).

11. Măsuri profilactice şi programe terapeutice în manifestările autolitice

În ultimele două decenii măsurile de profilaxie a suicidului s-au concretizat în crearea unor „centre de prevenţie a suicidului", încadrate cu personal calificat, în care psihologilor şi psihiatrilor le revine un rol important, unanim acceptat. Desemnate în mod semnificativ prin „numărul încrederii" (la Praga), „numărul speranţei" (la Brno) etc., aceste centre recepţionează orice apel telefonic al unei persoane aflate în impas, anxietate sau insecuritate. Axate pe „intervenţia în criză" aceste formaţiuni psiho-medicale au posibilitatea de a oferi „un mijloc de uşurare a tensiunii, de înlăturare a sentimentului singurătăţii sau chiar o informaţie celui care nu ştie cui să se adreseze pentru problemele sale" (R. Konecinii, M. Bouhal, 1974, p. 360).

Deşi se admite că prin intervenţiile în situaţii psihologice „de limită" s-a acordat asistenţa necesară unui număr important de persoane cu ideaţie şi conduită suicidară, în mod concret, centrele amintite „nu fac mai mult decît să diminueze o criză acută" (H. I. Kaplan, B. J. Sadock, 1983, p. 710). Totodată nu trebuie omis faptul că multe din apelurile primite nu sînt total justificate, că se solicită intervenţia pentru situaţii şi probleme minore dar supraevaluate, întrucît persoanele autentic suicidare, care solicită intervenţii de salvare, „reprezintă numai 10% din totalul apelurilor telefonice" *(ibidem)*. Totuşi, prin intervenţia acestor centre, persoanelor acut suicidare li se asigură o cît mai urgentă internare, fapt unanim apreciat ca o acţiune terapeutică „esenţială".

11.1. *Măsurile de spitalizare ale persoanelor suicidare* sînt fără echivoc invocate şi în mod unanim indicate „periculozitatea pentru sine constituind o indicaţie clară privind internarea involuntară în toate statele" (H. L. P. Resnik, 1980, p. 2093). În unităţile sanitare destinate internării acestor persoane există condiţii specifice de spitalizare, menite să împiedice punerea în aplicare a intenţiilor şi pulsiunilor suicidare. În afara aces-

tor condiţii, care constituie expresia unui ansamblu de precauţii, nu trebuie omis faptul că „succesul se bazează pe activitatea asistentelor, responsabile de observarea continuă a pacienţilor" (*Ibidem*, p. 2094).

În cadrul spitalizării, au fost elaborate în ultimii ani *programe terapeutice* care includ măsuri de asistenţă relativ specifice, în funcţie de riscul manifestărilor autolitice. Unii clinicieni vorbesc chiar de un „statut de risc suicidar" care, la rîndul său, poate fi crescut, moderat sau scăzut, avînd drept consecinţă terapeutică programe SOS_1, SOS_2 sau SOS_3 care cuprind criterii şi măsuri de asistenţă diferenţiată. Dacă în prima etapă terapeutică, scopul oricărui program este acela de a asigura pacientului o riguroasă asistenţă chiar printr-o continuă prezenţă a unui membru al echipei de îngrijire, ulterior măsurile terapeutice sînt orientate spre reducerea izolării prin creşterea stimulării sociale şi iniţierea reintegrării.

11.2. *Problematica predicţiei suicidului.* Insuficienţa măsurilor de profilaxie a suicidului ca şi caracterul sumar şi superficial al examinării bolnavului suicidar sînt nu numai invocate, ci şi ilustrate prin observaţii clinice şi date epidemiologice. Astfel, este cunoscut faptul că peste 2/3 din bolnavii care s-au sinucis au comunicat, înainte de a recurge la realizarea actului, ideile şi intenţiile lor de suicid; totodată, un procent asemănător de bolnavi suicidari se aflau sub control medical, cea mai mare parte dintre aceştia fiind consultaţi de medic în săptămîna care a precedat suicidul, fără a se fi instituit vreo măsură profilactică. Toate aceste observaţii impun un examen atent şi de înaltă responsabilitate profesională oricărui pacient cu ideaţie suicidară, analizîndu-se valoarea semiologică şi semnificaţia acesteia.

a) *Indicii şi semnale ale intenţiei suicidare.* Ideea analizei indicatorilor şi predictorilor suicidari are ca premisă raţionamentul conform căruia „dacă comportamentul suicidar este un *proces* care se dezvoltă în individ, rezultatul acestui proces ar trebui să fie posibil de prezis" (J. Beskow, 1983, p. 58). Totodată, autorul prezintă un aşa-numit „sindrom presuicidar", ilustrat clinic prin „suferinţa psihică, sentimente de inferioritate şi depresie, agresivitate faţă de scopuri, neajutorare şi disperare, dorinţa de a trăi şi de a muri în acelaşi timp, tendinţa de a lăsa decizia la voia destinului, îngustarea cîmpului conştiinţei,. . . comunicare semiconştientă a ideilor suicidare" *(ibidem)*. De asemenea, în evaluarea riscului suicidar trebuie să se acorde atenţie schimbării atitudinilor bolnavului, prin cunoaşterea „orientărilor sale habituale, comparativ cu orientările din momentul respectiv" (E. S. Shneidman, 1976, p. 1778). În acest context, autorul consideră că pot fi depistaţi „indici prodromali ai suicidului" în care el include elemente ce implică un anumit grad de schimbare. De fapt, la o analiză psihologică a unei persoane ce prezintă potenţialităţi suicidare, constatăm întotdeauna elemente elocvente de schimbare. Aceasta poate fi observată atît sub aspecte structurale cît şi comportamentale, fiind ilustrată atît în privinţa patternurilor sexuale şi alimentare, cît şi a investiţiilor afective, intereselor, obiceiurilor, ca şi a incriminărilor auto- şi heteropunitive. Aceste indicii sînt oferite de bolnav, de boală, ca şi de factori din mediul persoanei suicidare, respectiv din „cîmpul suicidar". Cu toate că „persoana suicidară este greu de identificat cu certitudine" (H. I. Kaplan, B. J. Sadock, 1983, p. 704) trebuie menţionat că în eforturile de diagnosticare a intenţiei suicidare s-au descris zeci de semnale, indicatori şi predictori. O analiză concretă a indiciilor suicidare ar presupune însă o

reformulare și interogare a datelor etiopatogenice implicate în manifestările autolitice, ceea ce ar impune trecerea în revistă a unor categorii de predictori clinici, ecologici, psihosociologici, demografici etc. Toate aceste date arată că opinia înalt acreditată, conform căreia suicidarii autenticei disimulează cu abilitate intenția autolitică, s-a dovedit a fi în fond eronată. Larg promovată în deceniile trecute, această supoziție a servit autodizolvării și estompării responsabilității și culpabilității terapeuților față de situațiile în care indiciile și semnalele suicidare erau ignorate sau insuficient căutate.

b) *Abordarea temei suicidului în investigația clinică a pacientului.* Anamneza și examenul clinic general al unui bolnav cu potențial suicidar cere multă abilitate psihologică, punînd deseori la încercare calitățile profesionale ale terapeutului. Dificultatea investigației clinico-psihologice a pacientului, ca și a evaluării riscului sporește prin faptul că cel în cauză, ajuns la concluzia necesității actului suicidar se simte în mare măsură detașat și desolidarizat de grupul social, ca și de obligațiile sale morale, sociofamiliale. În virtutea acestui fapt, dezinvestit afectiv de ambianță, pacientul refuză dialogul asupra actului suicidar cu terapeutul, îi acordă un caracter convențional și inpersonal sau recurge la o disimulare a ideilor sale suicidare. Această conduită se armonizează cu aceea a unor terapeuți, de evitare sau de eludare a interogației directe a pacientului asupra manifestărilor suicidare. De fapt, în studiile de specialitate este consemnată încă prezumția conform căreia, abordarea directă a problemei suicidului, „rana deschisă" a pacientului, cu potențial autolitic, i-ar accentua acestuia preocupările și intențiile. În special medicii nonpsihiatri minimalizează ideile suicidare adoptînd opinia comună conform căreia cei care vorbesc de suicid nu recurg la realizarea sa. Trebuie reținut însă faptul că această aserțiune nu corespunde realității, mulți suicidari urmărind, prin interogațiile și reflexiile lor semnificative, să sondeze opiniile anturajului asupra tentativei suicidare plănuite. Mai ales discuțiile și afirmațiile despre suicid ale unei persoane virstnice sau atinse de o afecțiune somatică incurabilă trebuie privite cu deplină seriozitate întrucît s-a constatat că de cele mai multe ori, ele sînt urmate de actul suicidar. Nici șantajul cu suicidul sau veleitatea suicidară nu pot fi minimalizate, întrucît, în aceste cazuri, deși nu este vorba de o tendință autentică, suicidul se poate produce în mod incidental, prin subaprecierea posibilităților, împrejurărilor, eficacității mijlocului suicidar etc.

În opoziție cu aceste considerente, observații și date recente demonstrează că eludarea sau scotomizarea acestei idei centrale a relației cu pacientul constituie premisa eșecului intervenției terapeutului. Aceasta cu atît mai mult cu cît, cele mai multe semnale suicidare sînt verbale, înscrise pe un amplu evantai al elocvenței, fiind cuprinse între comunicarea enunțiativă directă și afirmația impersonală dezinteresată. Cele mai multe semnale suicidare verbale sînt însă explicite, nedisimulate, apreciindu-se că „8 din 10 suicidari previn în termeni clari, în legătură cu intenția lor suicidară" (H. L. P. Resnik, 1980, p. 2089). Totodată, dialogul terapeutului cu pacientul suicidar nu trebuie axat pe coordonate filozofice sau psihologice care îndeobște nu asigură cooperarea bolnavului și nu pot convinge; dimpotrivă, terapeutul are obligația realizării unui dialog simplu, autentic, a cărui forță persuasivă va avea la bază faptul că ideile și tendințele suicidare sînt efemere, fiind expresia unei stări psihice particulare sau a unei tulburări psihice desigur trecătoare.

Bibliografie

Achté, K., *Types of Indirect Self-destruction*, în : "Suicide Research II. Proceedings of the Symposium on Suicide Research" by Irjö Jahnsson Foundation. Psychiatria Fennica Supplementum, 1983, p. 41—44.

Ayd, F. J., *Les dépressions et leur diagnostic*, P.U.F. Paris, 1965.

Bardenat, Ch., *Homicide*, în : *Manuel alphabétique de Psychiatrie* (red. A. Porot), Paris, P.U.F., 1965, p. 264—266.

Beskow, J., *Longitudinal and Transectional Perspectives on Suicidal Behavior. Experiences of Suicide Prevention in Sweden*, în : „Suicide Research II. Proceedings of the Symposium on Suicide Research", by Irjö Jahnsson Foundation. Psychiatria Fennica Supplementum, 1983, p. 55—64.

Briguet-Lamarre, M., *L'adolescent meurtrier*, Toulouse, Privat, 1969.

Brooke, E. M., *Le suicide et les tentatives de suicide*, „O.M.S.", Genève, 1975.

Cale, S. W. et al., *A study of suicide in state mental hospitals in the New York City*, „Psychiatr. Quart.", 1980, 52, 201—213.

Deschamps, P., *Les suicides et les tentatives de suicide reliés à la prestation de soins medicaux*, „Revue Can. de psychiatrie", 1983, 28, p. 475—483.

Deshaies, G., *Psychologie du suicide*, P.U.F., Paris, 1947.

Dorpat, T. et al., *The relationship of physical illness to suicide*, în : *Suicidal Behaviors* (H. L. P Resnik ed.), Boston, Little, Brown and Co., 1968.

Douglas, J. D., *The Social Meanings of Suicide*, Princeton, Princeton University Press, 1967.

Dublin, L. I., *Suicide*, New York, Ronald Press. 1963.

Duncan, J. W., Duncan G. M., *Murder in the family; a study of some homicidal adolescents*, „Amer. J. Psychiat." 1971, 127, p. 1498—1502.

Durkheim, E., *Le suicide*, Paris, Felix Alcan, 1897.

Freud, S., *Mourning and Melancholia, The Standard Edition of the Complete Psychological Works*. London, Hogarth Press, 1917.

Gelhot, P. S., Nathawat, S. S., *Suicide and Family Constelation in India*, „Amer. J. Psychotherapy", 1983, 37, 2, 273—278.

Gibbs, J. P., *A sociological study of suicide*, „American Sociological Rewiew", 1958, 23, 140—147.

Heuyer, G., *La délinquance juvénile*, Paris, P.U.F., 1969.

Hirsch, J., *Methods and fashions of suicide*, „Mental Hygiene", 1960, 44, p. 3—11.

Hordern, A. et al., *Depressive States. A Pharmacotherapeutic Study*, Illinois, Thomas, Springfield, 1965.

Ionescu, G., Ionescu, T., *Epidemiologia şi psihosociologia suicidului*. în : *Epidemiologia bolilor netransmisibile* (red. A. Ivan, T. Ionescu, G. Teodorovici), Bucureşti, Edit. Medicală, 1981, p. 648—654.

Ionescu, G., Neicu Valentina, *Suicidul la bolnavii depresivi*, în *Psihiatrie* (red. V. Predescu) Bucureşti, Edit. Medicală, 1976, p. 1110—1113.

Ionescu, G., *Expresia somatică a depresiunii*, „Neurologia, Psihiatria, Neurologia". 1972, 17, 3, 245—258.

Kaplan, H. I., Sadock, B. J., *Modern Synopsis of Comprehensive Textbook of Psychiatry* III, Baltimore, London, Williams Wilkins, 1983.

Kielholz, P., *Conditions diagnostiques du traitement des dépressions*, in : *Etats dépressifs* (red. P. Kielholz), Berne, Stuttgart, Vienne, Hans Huber, 1972, p. 11—12.

Konecinii, R., Bouhal,M., *Psihologhia v mediţine*, Praga, Aviţemum Mediţinskoe Izdatelstvo, 1974.

Lauriers, A. de., *Le risque de suicide chez les déprimés*, „La revue du praticien", 1963, 23, 25, p. 3055—3060.

Litman, R. E., *When patients commit suicide*, „Am. J. Psychotherapy" 1965, 19, 570.

Mayer-Gross, *W*. et al., *Clinical Psychiatry*, London, Bailliere, Tindall and Cassel, 1969.

Michaux, L', *Psychiatrie*, Flammarion, Paris, 1965.

Morin, E., *L'homme et la mort*, Paris, Seuil, 1976.

Nacht, S., *Instinct de mort ou instinct de vie* „Rev. Franc. Psychanalyse", 1956, 20, p. 405—416.

Nadeau, A., Nadeau, R., *Traité pratique de la responsabilité civile délictuelle*, Montreal, Wilson et Lafleur, 1971.

Nica-Udangiu St., Nica-Udangiu, Lidia, *Conduita autoagresivă*. „Neurologia, Psihiatria, Neurochirurgia", 1982, 27, 1, p. 1—17.

Ochonisky, A., *Le parricide*, „Psychiat. Enf." 1963, 6, p. 411—487.

Predescu V., şi col., *Urgenţe în pishiatrie*, Bucureşti, Edit. Medicală, 1983.

Quidu, M., *Séméiologie de la conduite suicidaire*, „Encyclop. Méd. Chir., Psychiatrie", 1964, 37 140, 10.

Quidu, M., *Le suicide. Etude clinique, perspectives preventives*, „Les éditions sociales françaises", Paris, 1970.

Resnik, H. L. P., *Suicide*, in : *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, III, vol. 2. (H. I. Kaplan, A. M. Freedman, B. J. Sadock eds.), Williams-Wilkins, Baltimore, London, 1980, p. 2085—2089.
Resnik, H. L. P., *Psychologic resynthesis : a clinical approch to survivors of a suicide*, in : *Survivors of Suicide* (Ed. A. Cain), Charles C. Thomas, Springfield, Illinois, 1972.
Ross, M., *College student suicide*, in : *Depressions : theories and therapies* (red. J. Masserman), New York, Gcune-Stratton, 1970.
Roth M., Morrissey, J. D., *Problems in the diagnosis and classification of mental disorders in old age*, „J. Ment. Sci", 1952, 98, 609, 666.
Russell D. H., *A study of juvenile murderers*, „J. Offender Ther.", 1965, 9, p. 55—86.
Sainsbury, P., *Suicide in old age*, „Proc. Roy. Soc. Med.", 1967, 54, p. 263—268.
Schachter, M., *Tentative d'homicide et homicides perpétrés par des sujets de moins de 20 ans. Etude clinique et psychodiagnostique*, „Acta Paedopsychiatrica", 1974, 41, 415, p. 174—187.
Schmid, C. F., Arsdol, M. D., *Completed and Attempted Suicides : a comparative analysis*, in : „American Sociological Review", 1975, vol. 20.
Schwartz, D. A., Flinn, D. E., Slavson, P. F., *Suicide in the psychiatric hospital*, „Am. J. Psychiatry", 1975, 132, 150—153.
Seager, C. P., Flood, R. A., *Suicid in Bristol*, „Brit. J. Psychiat.", 1965, 3, p. 719—729.
Shneidman, E. S., *Suicide*, in : *Comprehensive Textbook of Psychiatry* (A. M. Freedman et al. eds.), The Williams-Wilkins Co., Baltimore, 1976, p. 1774—1785.
Shneidman, E. S., *Psychotherapy with suicidal patients*, in : *Specialized Techniques in Individual Psychotherapy* (T. B. Karasu, L. Bellak, eds.), Brunner-Mazel, New York, 1980, p. 305—313.
Toynbee, A., *Man's Concern with Death*, Mc Graw-Hill, New York, 1968.
Védrinne, J., Soubrier, J. P. *Statistiques et suicide-incidences médico-légales*, „Revue du praticien", 1971, 21, 32, p. 4763—4772.
Zilboorg, G., *Considerations on suicide with particular reference to that of the young*, „Am.J. Ortho-psychiatry", 1937, 15, 7.

Capitolul XI

PSIHOLOGIA ACTULUI TERAPEUTIC

1. Problematica psihologică și evoluția fenomenului placebo în medicina clinică

Remarcat cu mult înainte de a i se conferi denumirea, fenomenul placebo a făcut epocă în anumite perioade din istoria medicinei, dar, mai ales, a ocazionat apariția unor mari „vindecători" a căror faimă efemeră poate fi comparată cu aceea a însăși substanței placebo, a „medicamentului" anodin a cărui acțiune terapeutică scade de la o administrare la alta, odată cu retragerea investițiilor psihologice ale bolnavului.

Menționăm totodată faptul că fenomenul placebo a impulsionat perioada de avînt a fiecărui produs farmaceutic nou, cu acțiune farmacodinamică netă și bine delimitată, dar în fond mult mai discretă decît cea inițial scontată. Acest fapt ne permite să afirmăm că fiecare medicament păstrează în filigran un efect placebo, a cărui strălucire și durată sînt menținute de forțe psihologice mînuite de medic. Ca o ilustrare a acestei aserțiuni este faptul că numeroase medicamente pe care le-am folosit în diverse domenii ale medicinei timp de ani și decenii, la o analiză riguroasă și obiectivă nu pot evidenția, de fapt, nici o acțiune farmacodinamică efectivă, dovedindu-se că ele s-au menținut în practica terapeutică numai în virtutea efectului placebo. Dealtfel istoria fiecărei boli cunoaște remedii despre care actualmente știm că nu au avut nici o acțiune farmacodinamică proprie, ci numai un efect psihologic datorită căruia bolnavii au înregistrat ameliorări notabile și deseori durabile. Acest fapt, ce poate fi apreciat ca un experiment medical cu caracter transcultural, constituie o axiomatică ilustrare a forței psihologice care este capabilă să confere efecte terapeutice oricărei substanțe farmacologice.

1.1. *Accepțiunea noțiunii de* „placebo" cunoaște o îndelungată evoluție în cadrul căreia și-a delimitat progresiv sfera, îmbogățindu-și totodată conținutul. Datînd încă din antichitatea romană, cînd verbul „*placere*" semnifica *a face voia* unui interlocutor de obicei superior, cuvîntul primește în evul mediu o accepțiune laică în cadrul scrierilor religioase și ulterior una peiorativă a cărei semnificație negativă evoca ușurința, inautenticitatea, aparența. Polisemia termenului cunoaște o restrîngere și concretizare a conținutului odată cu folosirea în domeniul medical unde prima sa consemnare, în *Hooper's Medical Dictionary* (1811), marchează o netă și surprinzător de actuală precizare și anume, de atribut acordat oricărui medicament prescris în scopul de *a-i face plăcere bolnavului mai degrabă decît a-i fi util*. Cu toată această pertinentă precizare semantică, termenul nu a mai fost folosit în medicină pînă în anul 1945 cînd *Pepper* îl consemnează în titlul unui studiu intitulat „Notă despre placebo".

Pentru a distinge cu mai multă obiectivitate natura fenomenului placebo și factorii care îl determină, propunem o delimitare semantică a accepțiunilor folosite în acest domeniu, ceea ce va permite totodată conturarea unor definiții operaționale :

— *placebo* este o substanță de formă farmaceutică, fără o acțiune farmacodinamică, dar folosită în medicina clinică în scop terapeutic sau de control al eficienței terapeutice a unor produse farmaceutice ;

— *fenomenul placebo* cuprinde ansamblul modificărilor psihologice sau psihofiziologice pe care le prezintă bolnavul și într-o oarecare măsură medicul, în legătură cu utilizarea clinică a unei substanțe placebo ;

— *efectul placebo* constă în manifestările clinice care apar la un bolnav sau la o persoană sănătoasă căreia i s-a administrat, în scop terapeutic sau experimental, o substanță neutră din punct de vedere farmacodinamic.

1.2. *Istoria fenomenului placebo* precede cu mult apariția denumirii sale, iar datele istoriografice confirmă faptul că numeroși medici, utilizînd substanțe anodine, au obținut succese terapeutice remarcabile.

Prima substanță folosită ca placebo a fost *aqua simplex*, acțiunea terapeutică a acesteia bazîndu-se exclusiv pe autoritatea și prestigiul profesional al medicului care o ipostazia ca medicament printr-o prescripție încărcată de ambiguitate și prolixitate.

Ulterior, prin creșterea nivelului sociocultural al bolnavilor, chiar și prescripțiile sofisticate puteau fi ușor descifrate și astfel dezinvestite terapeutic, fapt ce a determinat o deplasare a efectului scontat de la forma prescripției la forma „medicației"; în felul acesta, apa a fost sterilizată și înfiolată, eventual colorată, pentru a putea fi administrată asemenea unui medicament propriu-zis.

De la observațiile empirice asupra efectului placebo s-a trecut la studii deliberate, științific standardizate, care au cunoscut o mare extindere după cel de-al doilea război mondial, odată cu avîntul farmacologiei. O revistă a literaturii din acest domeniu ne permite să distingem trei etape în studiul efectului placebo : etapa clinico-terapeutică ; clinico-psihologică și etapa controlului comparativ al eficacității produselor farmacologice. Fără a fi strict delimitate, aceste etape ilustrează, în succesiunea lor, atît istoria cunoașterii fenomenului placebo, cît și sistematizarea atitudinilor corpului medical față de acest fenomen.

a) *Etapa clinico-terapeutică* este caracterizată prin folosirea deliberată a substanțelor placebo în scopul ameliorării stării clinice a pacientului. Ea începe în anul 1945 odată cu lansarea în practică a antibioticelor, a căror solicitare depășea cu mult posibilitățile de fabricare. Astfel, în unele servicii de ftiziologie beneficiau de streptomicină numai anumiți pacienți, în special cei a căror gravitate le putea presupune o reversibilitate a procesului infecțios, în timp ce numeroși alți pacienți primeau, din flacoane asemănătoare cu cele de streptomicină, o substanță placebo. Deși procedeul nu se baza pe o metodologie *dublu-orb* s-a constatat că pacienții tratați cu placebo obțineau, în prima fază, ameliorări asemănătoare cu acelea ale celor tratați cu streptomicină, și anume : reducerea temperaturii, a tusei și expectorației, concomitent cu un remarcabil cîștig ponderal. Întrucît însă substanța placebo nu putea acționa etiologic, în fazele ulterioare ale evoluției bolii nu se înregistrau ameliorări decît la cei care primeau streptomicină.

Acest procedeu a fost folosit și în alte domenii medicale, precum și în psihiatrie după anul 1953, data apariției primului neuroleptic, *clorpromazina*, care, din cauza cantităților extrem de reduse, era distribuită de către o comisie medicală pacienților care aveau o indicație terapeutică majoră, ceilalți primind placebo. Deși nu deținem studii comparative bazate pe o metodologie riguroasă din această perioadă, observațiile empirice nu consemnează diferențe între bolnavii schizofreni care au primit placebo și cei care au primit clorpromazină; absența unei diferențe semnificative între cele două categorii de bolnavi se datorește desigur faptului că substanța activă era administrată în cantități extrem de reduse, pe care astăzi le apreciem ca net inferioare dozelor minime necesare. De asemenea, efectul placebo a fost folosit în psihiatrie pentru tratamentul manifestărilor funcționale, ca și al crizelor *Charcot*; injecția subcutană dar mai ales intradermică cu „A.D." (apă distilată) era urmată în mod constant și spectacular de dispariția manifestărilor clinice pentru o anumită perioadă.

Toate aceste procedee terapeutice frecvent folosite în deceniile trecute au fost actualmente părăsite; dar dacă substanțele placebo nu mai sînt ca atare utilizate, fenomenul placebo, sub variatele sale implicații în orice act terapeutic, este constant consemnat în medicină, efectele sale, pozitive sau negative, testînd actualmente mai ales aptitudinea terapeutică a medicului.

b) *În etapa clinico-psihologică* observațiile asupra efectului placebo au determinat inițierea unor studii psihologice bazate pe o metodologie standard, pentru a se constata frecvența și valoarea fenomenului. În plus, se impunea un răspuns la întrebarea, dacă fenomenul placebo se manifestă numai în situația de boală, în clinică, sau și în afara acesteia. Totodată, a apărut necesitatea desprinderii caracteristicilor psihologice ale persoanelor la care apare efectul placebo, încercîndu-se astfel evidențierea naturii acestui fenomen.

Studiile au fost efectuate în special pe studenți medicinești care constituiau loturi omogene, atît sub aspectul vîrstei, al informației generale, cît și al pregătirii medicale, susceptibili deci de a relata cu un înalt grad de obiectivitate asupra fenomenologiei constatate. Într-un astfel de experiment, un grup de peste 3000 studenți au primit o cantitate infimă de glucoză odată cu instrucțiunea că este vorba de „testarea efectelor unui nou medicament". Cu toate că substanța administrată nu avea nici o acțiune farmacodinamică, peste 1/3 din studenții testați au prezentat modificări ale stării psihice în sens pozitiv sau negativ. Astfel, 20% din studenți au raportat o stare de bună dispoziție generală, cu o funcționare fizică și intelectuală superioară, în timp ce 14% din ei au prezentat o fenomenologie clinică asteno-depresivă, ilustrată prin diminuarea forței fizice, fatigabilitate, astenie, hipoprosexie, hipomnezie, reducerea fluxului și ritmului ideativ, dispoziție depresivă etc.

Într-un alt experiment, efectuat asupra unui grup de peste 600 cadre medico-sanitare, injectarea unei fiole care conținea apă sterilizată a determinat o simptomatologie nevrotiformă, ilustrată clinic prin astenie, hipoprosexie, somnolență, congestie nazală, irascibilitate, cefalee etc. într-un procent de peste 50%.

Numeroase alte studii au confirmat experimentele de mai sus și au condus la concluzia că numai unele persoane din loturile investigate dezvoltă efectul placebo (răspund printr-o anumită fenomenologie clinică

la administrarea unei substanţe neutre din punct de vedere farmacodinamic), în timp ce altele nu evidenţiază nici un efect clinic. Persoanele din prima categorie au fost numite *placebo-sensibile*, *placebo-responsive* sau *placebo-reactive* şi reprezintă aproximativ 1/3 dintr-o populaţie dată, faţă de cele din a doua categorie, denumite *placebo-nonreactive*, care reprezintă 2/3 din populaţia generală. În multe studii de specialitate acestea au fost desemnate în mod eronat ca *placebo-negative* faţă de cele din prima categorie considerate *placebo-pozitive*. Precizăm în acest context că atributul de placebo-negativ se referă la persoanele care reacţionează în mod nefavorabil, prin înrăutăţirea stării lor în urma administrării substanţei placebo. Deci persoanele sensibile, responsive la placebo, se pot împărţi în două categorii: *placebo-pozitive*, care reacţionează în mod favorabil, în sensul ameliorării stării fizice sau psihice, şi *placebo-negative*. Pentru acestea din urmă s-a propus termenul de „nocebo" (P. Pichot, 1961, p. 37) fapt care ne permite să precizăm că numai persoanele placebo-pozitive corespund sensului strict, etimologic, al termenului de placebo.

Menţionăm totodată faptul că distincţia în *placebo-reactivi* (respectiv placebo reactiv-pozitivi şi placebo-negativi) şi *placebo-nonreactivi* nu este structural-constituţională, ci predominant conjuncturală; răspunsul sau nonrăspunsul lor, precum şi calitatea acestui răspuns în pozitiv sau negativ nu depinde, aşa cum consideră numeroşi cercetători, de configuraţia psihică a persoanei respective, ci mai ales de conjunctura în care ea se află. Aceasta ar putea constitui o explicaţie aserţiunii conform căreia „un subiect este placebo reactiv într-o zi dar poate să nu mai fie cîteva săptămîni mai tîrziu... şi invers, un subiect care n-a reacţionat la placebo într-un prim experiment poate reacţiona ulterior" (P. B. Schneider, 1969, p. 232). Variabilitatea răspunsului la administrarea substanţei placebo este influenţată în mare măsură „de aşteptarea bolnavului, aceasta fiind ea însăşi determinată de atitudinea medicului şi de acţiunea sa asupra pacientului" (J. Delay, P. Pichot, 1967, p. 456).

Cu toate acestea, studii clinico-psihologice efectuate asupra subiecţilor placebo-reactivi au evidenţiat anumite diferenţe în structura personalităţii lor. Astfel, prin aplicarea unor tehnici proiective şi chestionare de personalitate (în special Rorschach şi M.M.P.I.) s-a constatat că cei *placebo-negativi* se caracterizează prin introversie, rigiditate, neîncredere, scrupul excesiv şi suspiciozitate, în timp ce *placebo-pozitivii* sînt caracterizaţi prin introversie, labilitate, sugestibilitate, conformism, aprobativitate etc.

Fără îndoială că studiile de psihologie experimentală efectuate asupra acestui domeniu au adus o anumită clarificare în privinţa „naturii efectului placebo" subliniind, şi sub acest unghi, implicaţiile psihologice ale actului terapeutic asupra răspunsului la terapie. În plus, aceste experimente au adus date concrete, care pot fi folosite drept argumente, pentru edificarea unei teorii, cu un plus de veridicitate, privind psihologia atitudinilor.

c) *Etapa controlului comparativ al eficacităţii produselor farmacologice* cuprinde ultimele două decenii caracterizate prin revoluţia psihofarmacologică, înscrisă ca una din cele mai importante realizări din domeniul terapeutic. Numeroasele substanţe psihotrope ce urmau a fi lansate în circuitul terapeutic nu puteau fi validate sub raport farmacodinamic decît dacă erau comparate cu acţiunea constatată prin administrarea paralelă, a unor substanţe inerte, inactive din punct de vedere farmacologic.

Din această perspectivă „efectul placebo sau medicația inertă este folosită în studiile despre droguri (substanțe psihotrope, *subl. ns.*) în scopul de a elimina anumite fenomene care pot influența rezultatul cercetării acestora" (J. M. Davis, J. O. Cole, 1975, p. 1922).

Menționăm cu această ocazie un fapt ignorat pînă acum în studiile de specialitate, și anume că acest deziderat al psihofarmacologiei (aspirația sa spre veridicitate și autenticitate) a fost umbrită de implicațiile nescontate ale factorului psihologic; cu alte cuvinte, eficacitatea terapeutică a unui nou produs psihofarmacologic nu poate fi în mod strict evaluată prin studiul comparativ cu al unei substanțe inerte, întrucît și aceasta realizează o anumită modificare, în virtutea efectului placebo. De aceea, efectele expectate ale unei substanțe psihotrope nu trebuie apreciate exclusiv din comparația cu substanța placebo (așa cum s-a procedat îndeobște), ci și din comparația cu un lot omogen martor care n-a primit nici un fel de tratament.

Ca o ilustrare a acestui fapt, putem invoca numeroasele experimente paralele efectuate asupra a două grupuri de persoane normale, cărora administrîndu-li-se o substanță placebo și respectiv noul psihotrop se înregistrau aceleași reacții; acestea nu erau în funcție de natura substanței active, de acțiunea sa farmacodinamică, ci de reactivitatea la placebo a persoanelor din cele două loturi. În experimente pe care le considerăm reprezentative sub acest aspect, A. Di Mascio (1969) a cercetat acțiunea antidepresivă a unei doze mari (150 mg) de *imipramină* (antideprin), comparativ cu aceea a unei substanțe inerte administrate unor persoane normale. Testînd rezultatele după o săptămînă, prin aplicarea unei *scale de depresie* și a unei *scale de anxietate*, autorul nu a putut constata nici o diferență între grupul care a primit imipramină și grupul care a primit placebo. De asemenea, în cadrul altor experimente, nu au fost înregistrate diferențe între cele trei grupe de voluntari care au primit în paralel *clordiazepoxid*, *oxazepam* și respectiv *placebo*. Deși aprecierea comparativă a fiecărui nou psihotrop cu placebo nu este echitabilă (întrucît și acesta din urmă determină anumite modificări clinice asupra lotului testat), controlul comparativ al eficacității farmacodinamice a fiecărui nou produs farmaceutic se efectuează în mod constant, aducînd astfel noi date nu numai asupra produsului cercetat ci și asupra efectului placebo observat.

2. Valoarea terapeutică a efectului placebo

Studii de sinteză, reunind datele a numeroși clinicieni, înregistrate pe mii de bolnavi, estimează că ameliorările consecutive administrării unei substanțe placebo cuprind aproximativ 30—33% din numărul celor investigați. Întrucît rezultatele obținute prin administrarea de placebo persoanelor normale sînt asemănătoare, considerăm că procentele amintite sînt de fapt inferioare celor reale. Această supoziție este bazată pe faptul că, spre deosebire de persoanele normale, bolnavii au în general un plus de sugestibilitate și implicit o mai mare reactivitate la placebo. Însuși procesul morbid (care antrenează atitudini regresive), ca și situația de bolnav, prin investiția sa afectivă asupra acțiunii terapeutice a medicamentului, sporesc receptivitatea pacientului la efectul placebo.

În plus, menționăm că orice procent global asupra efectului placebo prezintă un important caracter aleator determinat de numeroși factori

pe care-i vom examina ulterior. Anticipăm în acest context doar faptul că efectul placebo este diferit nu numai de la un bolnav la altul (în funcţie de structura personalităţii sale), ci şi de la o boală la alta, în funcţie de natura acesteia. În legătură cu aceasta, cercetările efectuate ne-au permis constatarea conform căreia, efectul placebo vizează în mod indirect boala, el manifestîndu-se asupra sindromului şi în special asupra simptomului.

Astfel, efectul placebo se întîlneşte cu cea mai înaltă frecvenţă (aproximativ 80% din cazuri) în domeniul algiilor, cefaleea, mialgiile, durerile dentare, fiind cele mai uşor reversibile. În aceste situaţii efectul placebo este atît de evident încît „determină aceleaşi rezultate ca şi medicamentele; sau, particularizînd, „în tratamentul durerii beneficiul procurat de un placebo poate fi echivalent cu cel procurat de un analgezic" (P. B. Schneider, 1969, p. 234). Desigur, tratamentul dezirabil al oricărei dureri este etiologic dar, pînă la realizarea acestuia, tratamentul simptomatologic, prin placebo, este preferabil celui prin analgezice, evitîndu-se astfel posibilele efecte secundare negative ale acestora, dar mai ales eventualitatea dependenţei. Beneficiază de asemenea de efectul placebo diverse manifestări psihosomatice şi în special cele din domeniul aparatului cardio-vascular şi digestiv. În acest sens, menţionăm faptul că prin efect placebo am putut obţine reducerea sau normalizarea unor constante biochimice (ca nivelul glicemic la diabetici sau al unor fracţiuni lipidice la pacienţi cu arteroscleroză cerebrală) ca şi ameliorarea unor indici pregnant somatici, ca nivelul tensiunii arteriale sau al hipertermiei.

2.1. *Asupra efectului placebo în principalele entităţi nosografice psihiatrice.* În privinţa patologiei psihiatrice procentul cel mai înalt de ameliorări prin efect placebo l-am înregistrat în domeniul manifestărilor somatoforme. Considerăm semnificativ faptul că, întrucît majoritatea acestor pacienţi au primit înainte de a ajunge la specialist numeroase medicamente cărora le-au testat ineficacitatea, remediul cu cele mai înalte posibilităţi terapeutice a fost pentru ei placebo.

De asemenea anxietatea, depresia de natură exogenă, astenia şi mai ales insomnia s-au dovedit foarte sensibile la efectul placebo. Ca şi în cazul durerilor, tratamentul insomniei prin placebo este de preferat celui prin hipnotice sau în orice caz trebuie continuat după ce a fost iniţiat prin hipnotice, evitîndu-se astfel efectele secundare ale acestora.

În linii generale se poate afirma că întreaga fenomenologie nevrotică se poate ameliora prin placebo, deşi unii clinicieni păstrează rezerve în privinţa manifestărilor conversive şi obsesive. Eficacitatea efectului placebo asupra fenomenologiei nevrotice a fost evidenţiată cu şi mai multă obiectivitate, cu ocazia testării acţiunii farmacodinamice a unor substanţe psihotrope şi în special a tranchilizantelor.

În privinţa *nevrozei depresiv-anxioase* rezultatele obţinute prin administrarea unui tranchilizant comparativ cu a unui placebo sînt diferite, în funcţie de amplitudinea manifestărilor clinice. Astfel, K. Rickels şi colab. (1971) constată că în stările nevrotice manifeste cu anxietate, depresie şi somatizare, răspunsul la clordiazepoxid este net superior răspunsului la placebo. Dimpotrivă, la pacienţii cu tulburări nevrotice moderate şi uşoare, rezultatele obţinute prin tranchilizante au fost egale cu acelea obţinute prin placebo. De asemenea, autorii amintiţi au constatat că efectul placebo este egal cu al clordiazepoxidului la pacienţi care nu au primit tratament anterior, ca şi la cei care au primit un tratament minim. Dim-

potrivă, efectul placebo este inferior efectului tranchilizantelor (benzodiazepina) „la pacienţi care au boli de lungă durată, care au primit anterior mari cantităţi de medicamente sau la cei care au răspuns slab la acestea" (R. W. Downing şi K. Rickels, 1981, p. 1422). Ca şi din alte studii, se constată deci că în privinţa patologiei nevrotice efectul placebo este invers proporţional cu intensitatea manifestărilor clinice, cu durata bolii şi cu cantitatea de medicamente anterior primite.

În *psihozele afective*, fenomenul placebo a fost studiat într-una din cele mai vaste investigaţii, întreprinse de Consiliul de Cercetare Medicală al Marii Britanii, în scopul verificării clinice a eficacităţii tratamentului bolnavilor depresivi. Astfel, 55 de medici din 80 de spitale psihiatrice au selecţionat pacienţi depresivi conform unor criterii de omogenitate (ca: depresie severă, nu mai veche de 18 luni, fără o boală fizică severă etc.), supunîndu-i timp de 6 luni, în condiţii de spitalizare, celor mai reputate tratamente antidepresive (electroşoc, un antidepresiv triciclic, un IMAO) şi placebo, administrate pe loturi comparative. Metodele de apreciere a rezultatelor au fost strict standardizate, printre acestea înscriindu-se comportamentul clinic controlat, dinamica evoluţiei clinice determinată prin cotarea săptămînală a principalelor 15 simptome din depresii, durata procesului depresiv etc. Dintre concluziile acestei vaste cercetări, ceea ce interesează în contextul actualei discuţii este faptul că „o treime din bolnavi au prezentat o ameliorare cu placebo" (M. Sheperd, 1972, p. 157).

În *psihozele discordante* observaţiile asupra efectului placebo sînt discutabile, studiile efectuate oferind chiar rezultate contradictorii. Astfel, G. L. Paul şi colab. (1972) prezintă date care confirmă acţiunea favorabilă a efectului placebo, afirmînd că nu există diferenţe între acesta şi neuroleptice. Spre deosebire de aceste studii, care sînt apreciate ca „cele mai convingătoare dovezi" asupra acţiunii terapeutice a efectului placebo, alte cercetări prezintă rezultate opuse. Astfel, într-un studiu comparativ cu fenotiazine şi placebo, întreprins de *Institutul Naţional de Sănătate Mintală al Statelor Unite* (J. M. Davis, J. O. Cole, 1975, p. 1922) se arată că în grupul care a primit fenotiazine, 2/3 din pacienţi au înregistrat „ameliorări semnificative", spre deosebire de grupul tratat cu placebo în care numai 1/4 din pacienţi au prezentat „ameliorări moderate"; în plus, jumătate din bolnavii din grupul placebo nu au beneficiat de nici o ameliorare prezentînd o înrăutăţire a stării psihice, cu apariţia unor noi simptome de schizofrenie. Într-o apreciere de ansamblu asupra efectului placebo în psihozele discordante se conchide că „majoritatea studiilor indică faptul că antipsihoticele sînt superioare faţă de placebo, atît la pacienţi acuţi, cît şi la cronici" *(ibidem)*.

După cum se poate constata, efectul placebo se manifestă mai intens în domeniul nevrozelor şi mai ales în rîndul celor mai puţin structurate (depresiv-anxioase şi cenestopate), fiind mai slab evidenţiat în cele obsesive şi fobice, precum şi în nevrozele „cronice". El este de asemenea remarcat în tratamentul psihozelor afective şi în special al celor depresive, fiind mult mai slab evidenţiat sau anulat în psihozele discordante. Constatăm astfel că efectul placebo se manifestă mai pregnant sau mai discret în funcţie de unitatea personalităţii pacientului, fiind în directă corelaţie cu nevoia sa de relaţionare şi aspiraţia spre vindecare. Aceste observaţii impun o analiză a factorilor psihologici susceptibili să determine apariţia şi evoluţia efectului placebo, oferind astfel indicii privind utilizarea acestui mijloc terapeutic.

3. Factori psihologici ai fenomenului placebo

Fără îndoială că acești factori sînt înscriși în triada bolnav-boală-medic, în mod esențial, ca și ambianța în care se desfășoară actul terapeutic, aceasta avînd un rol conjunctural.

3.1. *Bolnavul ca factor al efectului placebo.* Structura de bază a personalității bolnavului poate fi considerată ca factor primordial, ea marcînd însuși gradul de receptivitate la placebo. Studii psihologice efectuate asupra pacienților tratați prin placebo au ilustrat că anumite trăsături de personalitate, printre care extraversia, sociofilia, sugestibilitatea, conformismul etc., corelează cu un înalt grad de receptivitate la placebo, în timp ce introversia, sociofobia, rigiditatea, susceptibilitatea, neîncrederea, opoziționismul etc. sînt factori care se opun apariției efectului placebo. Totodată experiența de boală a pacientului ca și rezultatul ultimelor tratamente modifică, în sens pozitiv sau negativ, răspunsul la placebo.

Într-un studiu comparativ privind *influența sexului asupra efectului placebo*, am avut posibilitatea să constatăm că femeile răspund pozitiv mai intens și într-un număr de două ori mai mare decît bărbații. Aceste rezultate se explică prin faptul că înseși trăsăturile de personalitate susceptibile de a favoriza apariția efectului placebo se întîlnesc într-o mai mare măsură la femei decît la bărbați.

Un fapt care de asemenea nu a fost abordat în literatura de specialitate este *influența vîrstei pacientului asupra răspunsului la placebo.* Deși aparent surprinzător, copiii și tinerii oferă răspunsuri foarte slabe la placebo; acest fapt pare să infirme supoziția mai sus menționată cu privire la trăsăturile de personalitate favorizante, întrucît copiii și tinerii se caracterizează îndeobște prin extraversie, sugestibilitate, labilitate afectivă etc. Totuși, studii comparative efectuate au ilustrat faptul că fără intervenția mamei ori a altei persoane care să inducă pozitiv administrarea substanței placebo, aceasta are un efect mult mai slab la copii și se întîlnește numai în 15% din cazuri, față de lotul de adulți în care a apărut într-o proporție de 72%. Considerăm că această situație se datorește faptului că la pacientul adult, relația (cu medicul) potențează medicația, efectul placebo fiind cu atît mai amplu cu cît încrederea bolnavului în capacitatea profesională a medicului este mai mare. Pentru copil, medicul este o figură autoritară dar nu o capacitate profesională, relația terapeutică fiind mediată în acest caz de către mamă; cu cît încrederea în aceasta va fi mai mare, cu atît efectul placebo va fi mai evident și invers, absența investiției afective a mamei va prejudicia apariția efectului placebo.

Spre deosebire de copii și tineri, la *vîrsta a treia*, efectul placebo cunoaște un cîmp favorabil de dezvoltare. Aceasta se datorește în primul rînd faptului că pacientul vîrstnic, indiferent de afecțiune (exceptînd numai psihoza depresivă), vădește o preocupare deosebită față de starea sănătății sale; ca atare, el respectă (de cele mai multe ori cu stricteţe) recomandările medicului, solicită medicația pe care o investește cu toată puterea dorinței sale de vindecare; ea este atît de mare, încît anulează experiențe terapeutice negative anterioare, fenomenul placebo fiind cu atît mai marcat, cu cît efectul favorabil este mai intens expectat.

Indiferent de vîrstă și de investiția afectivă a relației cu medicul sau a medicației, efectul placebo cunoaște o diminuare, cu fiecare nouă administrare. Substanța placebo se comportă deci ca un „drog tahifilactic", înregistrînd „o diminuare progresivă a eficacității, odată cu repetarea

administrărilor" (J. Delay, P. Pichot, 1967, p. 454). Această „tahifilaxie" pe care o denumim *fatigabilitate terapeutică* se desfăşoară într-o manieră progresiv-accelerată întrucît, dacă la prima administrare a unei substanţe placebo efectul este prezent în 55% din cazuri, la a doua administrare el scade la 40%, pentru ca la cea de-a treia să fie întîlnit numai în 15% din cazuri. Datorită acestui fapt se preconizează ca efectul placebo să fie „întărit intermitent de un tratament farmacologic activ" (C. Bloch, P. Sivadon, 1973, p. 22), recomandîndu-se totodată o „întărire condiţionată, verbală sau nonverbală, care trebuie folosită la maximum de către medic" (M. S. Lebedinski, V. N. Miasiscev, 1966, p. 292).

3.2. *Boala ca factor al efectului placebo.* Întrucît nu acţionează etiopatogenic, ci numai simptomatologic şi eventual sindromologic, fenomenul placebo influenţează boala în mod indirect, prin implicaţiile asupra manifestărilor sale clinice. Tocmai de aceea în afecţiuni cu un grad mai înalt de subiectivitate substanţele placebo obţin mai bune rezultate, în timp ce afecţiunile cu o mai netă organicitate se dovedesc a fi mai rezistente. De asemenea, afecţiunile mai net psihosomatice sînt mai sensibile la efectul placebo, fapt datorat desigur configuraţiei psihice particulare a acestor pacienţi; este de presupus că structurile psihice care au dezvoltat boala în urma influenţei negative a unor factori psihologici, să reacţioneze favorabil şi în eventualitatea tratamentului prin placebo.

Vechimea bolii ca şi *istoria ei terapeutică* influenţează de asemenea efectul placebo; astfel, cu cît o boală este mai recentă, are o evoluţie mai scurtă, cu atît este mai sensibilă la placebo; dimpotrivă, evoluţia trenantă ca şi indiciile de cronicizare au o corelaţie negativă cu efectul placebo. În privinţa boliilor psihice care evoluează în pusee, am putut constata că efectul placebo scade progresiv nu numai de la o administrare la alta, ci şi de la un puseu la altul, ilustrînd o fatigabilitate terapeutică, specifică dealtfel şi substanţelor neuroleptice.

3.3. *Terapeutul ca factor al efectului placebo.* Faptul că efectul terapeutic al unui medicament depinde de încrederea bolnavului în acest medicament are o valoare axiomatică. Dacă această încredere este uneori „mai valoroasă decît acţiunea medicamentului" (V. M. Banscikov şi colab 1967, p. 174), nu trebuie omis că efectul terapeutic depinde în acelaşi timp şi de încrederea medicului în eficacitatea medicamentului, fapt simţit şi chiar intuit de bolnav cu o acuitate surprinzătoare. Această încredere a pacientului exprimată lapidar în aforismul conform căruia „un medic bun oferă remedii bune" a orientat atenţia cercetătorilor asupra atitudinii medicului faţă de medicamentele prescrise, precum şi asupra manierei prescrierii lor.

Pornind de la faptul că „pacientul are încredere în acţiunea remediului în măsura în care percepe că medicul însuşi are încredere în acel remediu (C. Bloch, P. Sivadon, 1973, p. 20), psihologia medicală caută să reliefeze factorii care condiţionează această încredere, şi anume: siguranţa prescrierii, fermitatea recomandărilor, anularea ezitărilor etc.

Pe de altă parte, se consideră că medicul nu se poate elibera de acest complex de factori subiectivi care influenţează acţiunea medicamentului perturbîndu-i efectul farmacodinamic. De aceea, în studiul eficacităţii terapeutice a medicamentelor s-a recurs nu numai la procedeul *simplu-orb*, (în care pacientul nu ştie despre ce substanţă este vorba), ci şi la cel denumit

dublu-orb, în care nici unul din cei doi protagoniști ai actului terapeutic nu cunoaște natura medicamentului. În experimentele *double blind* sau *épreuves doublement aveugles* medicul știe însă de cele mai multe ori că una din cele două substanțe pe care le administrează este placebo, deși nu știe care dintre ele, codul fiind deținut de o a treia persoană care, de obicei, organizează cercetarea. Pentru a înlătura însă orice urmă de îndoială asupra neutralității atitudinii medicului în timpul prescrierii și administrării, s-a recurs și la procedeul *triplu orb*, în care substanța activă și placebo sînt înmînate de către experimentator, care le cunoaște, unui intermediar care nu le cunoaște și care le predă la rîndul său medicului care le administrează. Acest procedeu este cu atît mai important în testarea acțiunii autentic farmacodinamice a unui medicament, cu cît „cel care observă sau apreciază pe cel care primește medicația poate fi el însuși influențat de propria sa predicție sau sugestibilitate" (C. T. Prout și colab., 1961, p. 120).

Toate aceste procedee, necesare cercetării și evaluării eficacității unui medicament, au rolul de a distinge cu cît mai mare fidelitate acțiunile sale specifice și de a le delimita, cu cît mai multă rigoare, de influențele subiective ca și de orice „efecte parazite", prin care „înțelegem oricare alte efecte, în afara celor strict și invariabil determinate de proprietățile substanței farmacologice active" (T. Ciurez, 1968, p. 69). Așa cum se subliniază, izolarea acestor efecte nu însemnează anularea lor, acțiune care nu este posibilă și nici dezirabilă, ci doar „o modalitate clinică ce permite studiul științific al efectelor proprii substanțelor farmacologice active" (*ibidem*, p. 70).

Dar nu numai atitudinea medicului în cursul administrării medicamentului și a relației terapeutice ci și *personalitatea* sa are o importanță deosebită în dezvoltarea efectului placebo, ca și în acțiunea terapeutică propriu-zisă a unei substanțe active. În această privință, trebuie subliniat că „deși faptul este indiscutabil și simpla observație a rezultatelor obținute de unii vindecători îl ilustrează cu evidență, noi ignorăm în prezent caracteristicile personalității, care sînt asociate cu o eficiență particulară în acest domeniu" (J. Delay, P. Pichot, 1967, p. 455). Aceasta explică faptul că deși în multe specialități medicale medicii au posibilități terapeutice egale sau asemănătoare, rezultatele lor sînt diferite, iar uneori înregistrează diferențe surprinzătoare. Fără îndoială că personalitatea medicului (în a cărui configurație pregătirea profesională se înscrie printre trăsăturile esențiale) constituie un factor primordial al relației terapeutice, care este cheia de boltă a psihologiei clinice.

3.4. *Calitatea relației terapeutice și efectul placebo.* Problematica fenomenului placebo se desfășoară între medic și bolnav, cei doi poli ai relației terapeutice. O slabă, inadecvată sau inautentică relație între medic și bolnav diminuează efectul placebo, iar uneori îl devalorizează sub aspect terapeutic, transformîndu-l în *nocebo*. Dimpotrivă, o relație adecvată, modelată de dinamica factorilor care o condiționează, constituie chezășia unor rezultate terapeutice superioare. Dealtfel, în această situație nu este vorba numai de efectul placebo *stricto sensu*, ci de fundalul placebo al oricărui act terapeutic. Numai în acest context se poate înțelege de ce fenomenul placebo este un aspect particular al relației terapeutice. Există observații clinice care ilustrează că „o relație terapeutică mai intensă poate să estompeze diferențele între răspunsurile la o substanță activă și

răspunsul la placebo" (R. W. Downing, K. Rickels, 1981, p. 1424). Dealtfel, experimente mai vechi (E. H. Uhlenhuth și colab., 1966, K. Rickels, R. B. Cattell, 1969) au relevat că medicii cu atitudine pozitivă față de tratamentul psihofarmacologic au obținut efecte placebo mai mari (comparativ cu efectul tranchilizantelor) decît medicii care au avut o atitudine neutră față de medicația psihotropă. Acest fapt confirmă, din perspectiva fenomenului placebo, că în orice terapie contează „nu numai fiola sau cașeta ci și maniera în care le prescrie medicul, de fapt ansamblul atmosferei în care medicamentul este dat și luat" (M. Balint, 1966, p. 9). Din acest punct de vedere, se poate vorbi de factorii conjuncturali ai efectului placebo, printre care putem înscrie forma farmaceutică a medicamentului și spitalul în care este efectuat tratamentul.

3.5. *Forma farmaceutică a medicamentului și efectul placebo.* Analiza psihologiei bolnavului, a personalității și conduitei medicului, precum și a relației dintre aceștia evidențiază faptul că „efectul placebo reprezintă rezultanta contactului medic-medicament-pacient și în acest context el constă în efectul terapeutic legat de ceea ce i se sugerează bolnavului despre medicament; în esență, el ar reprezenta deci efectul simbolic al acestuia" (V. Predescu, 1968, p. 33). Tocmai de aceea, forma sub care se prezintă substanța investită cu acțiuni terapeutice influențează în mare măsură apariția și amploarea efectului placebo. Cu toate că nu au fost efectuate studii asupra formei de prezentare a produsului și efectul placebo, observația clinică ilustrează că formele cu administrare *parenterală* dezvoltă un efect mai amplu decît cele cu administrare *peroral*ă; de asemenea, produsele cu administrare intravenoasă, sînt mai eficace sub aspect placebo decît cele cu administrare intramusculară. Se apreciază, de asemenea, că placebo administrat sub formă de gelule este mai eficace decît sub formă de soluție, iar aceasta are un efect mai mare decît sub formă de tablete. S-a constatat totodată că produsele placebo colorate sînt mai eficace decît cele albe, după cum substanțele placebo sapide, eventual amare, au un efect mai mare decît cele nonsapide. Se poate consemna, într-adevăr că modul și calea de administrare ca și forma de prezentare a substanței neutre contribuie în mod semnificativ la obținerea efectului placebo și că, în cazul substanțelor active, forma farmaceutică potențează efectul specific, prin intermediul fenomenului placebo.

3.6. *Spitalul ca placebo.* Dacă forma farmaceutică sub care se prezintă substanța inertă permite să se vorbească de „placebo ce factor al efectului placebo" (J. Delay, P. Pichot, 1967, p. 454), mediul, instituția medicală în care se desfășoară tratamentul contribuie, de asemenea, la dezvoltarea fenomenului placebo. Prestigiul științific al unității medicale, dotarea acesteia cu mijloace investigatorii, pregătirea profesională și uneori faima anumitor personalități medicale care ilustrează instituția respectivă, sporesc amploarea efectului placebo. Acest fapt se constată atît în privința efectului placebo *stricto-sensu*, cît și în ceea ce putem denumi *coeficient placebo*, prin care înțelegem diferența de răspuns al unor pacienți tratați cu aceleași medicamente în unități sanitare diferite. Mai ales pacienți cu o simptomatologie somatoformă sau cu unele manifestări funcționale au beneficiat de vindecări sau ameliorări în urma internării la Spitalul Dr. Gh. Marinescu, deși tratamentul efectuat anterior (în secții de psihiatrie județene) nu era cu nimic inferior sub aspectul oportunității medicației sau orientării posologiei.

4. Asupra mecanismelor patogenetice ale fenomenului placebo

4.1. *Mecanismele condiționării* sînt cel mai frecvent invocate cu toate că ele nu au fost analizate din punctul de vedere al efectului placebo. Nu este însă mai puțin adevărat că argumentul condiționării a putut fi demonstrat, citîndu-se cazul pacienților cu fistulă gastrică ce reacționau prin manifestări neurovegetative (hiperemie, hipersecreție, hiperhidroză, accelerarea tranzitului etc.), după o prealabilă condiționare, la administrarea unei substanțe inerte. Precizăm însă faptul că astfel de observații vin să confirme veridicitatea fenomenului condiționării, fără a putea explica însă natura fenomenului placebo. În plus, observațiile citate ilustrează condiționarea unei reacții de aversiune la diverse substanțe (apomorfină, prostigmină etc.), obținîndu-se astfel un efect *nocebo*.

Este adevărat că asemenea reflexelor condiționate, efectul placebo cunoaște *fenomenul de stingere*, de diminuare progresivă și dispariție a efectului condiționat prin anularea întăririi (condiționării). Spre deosebire însă de condiționare, în care efectul (respectiv reflexul) apare în urma unui număr de asocieri în timp, între un excitant necondiționat și răspuns, fenomenul placebo nu implică nici o asociere, nici o administrare anterioară. Dimpotrivă, nici asocieri anterioare întîmplătoare nu pot fi incriminate în dinamica fenomenului placebo, întrucît, așa cum s-a observat, efectul placebo apare mai ales la pacienți care n-au beneficiat anterior de vreun tratament farmacologic.

4.2. *Sugestia exercitată de medic*, precum și de ambianța în care se desfășoară actul terapeutic poate constitui o supoziție în explicarea efectului placebo. Într-adevăr, dacă ținem seama și de celălalt pol al relației terapeutice, pacientul, ne putem explica de ce numai unii dintre pacienți sînt sensibili la placebo, și anume aceia care prezintă un grad mai mare de sugestibilitate. Un alt argument al implicării mecanismelor sugestive în apariția efectului placebo îl constituie faptul că acesta apare mai ales în afecțiuni și stări caracterizate printr-un înalt grad de sugestibilitate, fiind mai vag conturat în afecțiunile în care elementul sugestiv este mai slab reprezentat.

Studiul fenomenului placebo ilustrează și din acest punct de vedere cît de puternic este implicat elementul psihologic în oricare act terapeutic. În plus, fenomenul placebo a evidențiat, cu forța și rigoarea experimentului științific, condiționarea multifactorială a rezultatelor terapeutice, reliefînd în primul rînd rolul terapeutului care poate determina, spori, diminua sau chiar anula efectul farmacodinamic. Acest fapt este cu atît mai important în domeniul psihofarmacologiei, unde „psihiatrul, farmacologul și psihologul se întîlnesc la ora bilanțului, cînd, inventariind rezultatele unei metode terapeutice, sînt obligați de precizia statistică și aproximația subiectivă să se pronunțe cui se datorește ameliorarea, înrăutățirea sau mai general spus schimbarea observată: personalității bolnavului, specificului bolii, însușirii medicamentului sau influenței medicului" (Aurelia Sîrbu, M. Birț, 1972, p. 454). Acest studiu, permite clinicianului o imagine asupra contribuției fiecărui factor, reliefînd în special aspecte subiective ale tratamentului, deseori ignorate sau insuficient valorificate în procesul terapeutic.

5. Factori nespecifici ai agenţilor psihofarmacologici

Complementare acţiunilor farmacodinamice, efectele nespecifice ale substanţelor psihofarmacologice ridică problema efectelor psihologice care însoţesc toate acţiunile terapeutice. În această analiză nu este vorba de specificitatea nosografică a medicamentelor folosite în clinică, ci de orice altă influenţă care interferează, potenţînd sau diminuînd acţiunea farmacodinamică. Cu alte cuvinte, ansamblul factorilor nonfarmacologici ce influenţează în sens pozitiv-cumulativ sau negativ-diminuativ efectul farmacodinamic al unei substanţe medicamentoase se înscriu în cadrul acţiunilor nespecifice.

Conform opiniilor unor clinicieni, aceste influenţe parafarmacodinamice sînt factori ai fenomenului placebo care, într-o măsură variabilă, este prezent în condiţiile administrării oricărui medicament. Acest punct de vedere este în mare măsură plauzibil şi în acelaşi timp verificabil întrucît efectul placebo nu se limitează doar la acţiunea unei substanţe farmacologic-neutre, ci cuprinde şi diferenţa dintre acţiunea expectată şi cea realizată de un anumit medicament. Această diferenţă, extrem de variabilă, este determinată de ansamblul factorilor conjuncturali şi personali care acompaniază orice prescriere şi administrare medicamentoasă.

În afara acestei distincţii privind specificitatea farmacodinamică, se impune însă o nouă precizare, şi anume : în terapia psihiatrică orice substanţă psihotropă are o acţiune specifică (pregnant farmacodinamică) asupra bios-ului, dar şi o acţiune asupra psihicului, dependentă de relaţia terapeutică.. La rîndul ei, „acţiunea neurofiziologică, independentă de sistemul relaţional"... deci „acţiunea farmacologică proprie" poate „să fie dominată sau blocată de un anumit tip de relaţie" (J. Guyotat, 1975, p. 229).

Printre factorii nespecifici susceptibili de a influenţa acţiunea farmacodinamică a unei substanţe psihotrope un rol important îl joacă *situaţia* în care aceasta este administrată. Factorul „situaţie" explică diferenţele înregistrate între efectele aceleiaşi substanţe, administrate în aceeaşi doză, aceluiaşi pacient la anumite intervale de timp. Studiile asupra acestei probleme fac distincţia între *situaţia propriu-zisă* sau *exterioară* (care cuprinde condiţiile în care se administrează medicamentul) şi *situaţia interioară* (în care sînt incluse motivaţia pentru tratament, expectaţia asupra eficacităţii medicamentului, dorinţa de vindecare etc. S-a constatat că *factorul situaţie* poate influenţa efectul farmacodinamic al medicamentului nu numai în sensul diminuării sau potenţării ci şi al inversării lui. Astfel, W. Janke şi G. Debus (1968) demonstrează că administrarea neuroleptice-lor sau a tranchilizantelor, unor persoane supuse efortului intelectual, în loc să scadă labilitatea emoţională şi manifestările neurovegetative (conform acţiunii farmacodinamice expectate), determină creşterea acestor manifestări. De asemenea, se constată că administrarea de sedative unor persoane aflate într-o situaţie agreabilă determină o comutare a stării afective spre aria polarităţii negative. Dimpotrivă, aceleaşi persoane, aflate într-o situaţie dezagreabilă (de exemplu în condiţii de zgomot) devin mai tolerante şi mai liniştite după administrarea medicamentelor sedative.

Un alt factor, nespecific al acţiunii medicamentelor, şi în special a psihotropelor, este reprezentat de *influenţa grupului*. În acest sens este bine cunoscută accentuarea efectului psihostimulant şi euforizant al

alcoolului ingerat în cadrul grupului, spre deosebire de aspectele nesemnificative ale acestor manifestări, în cazul ingestiei solitare. În cadrul interacțiunii dintre efectul farmacodinamic al unei substanțe psihotrope și dinamica de grup se constată că „un subiect supus unui psihotrop într-un grup influențează comportamentul altora care n-au primit decît placebo, dar și o anumită motivație condiționată de grup poate influența acțiunea psihotropului" (H. Heimann, 1972, p. 193).

Desigur, modificările determinate de o substanță psihofarmacologică sînt în funcție de *gradul de reactivitate* al persoanei aflat în intercorelare cu ceea ce unii cercetători numesc „nivel de activare". Se consideră că nivelul de activare este o stare psihofiziologică determinată de o substanță psihofarmacologică, în care efectele acesteia pot fi constatate și estimate prin investigații bioelectrice și probe psihologice. De fapt, există o zonă de activare, specifică fiecărui psihotrop, dar variabilă în funcție de persoană, cuprinsă între starea de somn și starea de excitație. Astfel, o substanță cu acțiune psihostimulantă determină o ameliorare a performanțelor atunci cînd atinge un nivel optim de activare. Dacă doza este mai mică, determinînd numai o activare suboptimală, performanțele nu vor atinge posibilitățile, după cum, printr-o supradozare se ajunge la o activare supraoptimală care perturbă și deteriorează performanța. Deci, atît în cazurile de activare suboptimală, cît și în cele de activare supraoptimală, doza optimă pentru o persoană dată este proporțională cu distanța dintre nivelul de activare realizat și nivelul de activare optimală (expectat).

Personalitatea pacientului se înscrie de asemenea în rîndul factorilor nespecifici fiind în măsură să influențeze răspunsul la acțiunea agenților psihofarmacologici. Această individualizare sau mai bine spus personalizare a răspunsului se datorește, printre altele, faptului că modificarea nivelului de activare nu este o stare exclusiv neurofiziologică ci și psihologică, ea fiind „trăită și interpretată" de către ins în funcție de configurația sa psihică și particularitățile sale. Totodată, personalitatea pacientului nu trebuie înțeleasă în mod individual ci sub aspect contextual, „în relațiile sale cu medicul, cu grupurile, cu ambianța instituțională de sănătate" (H. J. de Barahona-Fernandez, 1966, p. 258).

În felul acesta, personalitatea pacientului se înscrie mai deplin, alături de influența situației și a grupului în *contextul psihosocial* care modifică rezultatul tratamentului. Expresie a educației, instrucției, vîrstei, sexului, statutului profesional, marital etc., acest context social conferă insului un set de roluri care nu sînt numai asumate, ci și interiorizate. În virtutea acestui fapt, într-o situație de boală, matricea socială a insului va influența nu numai răspunsul la tratament, ci și caracterul manifestărilor clinice, atitudinea față de boală, modul în care-și apreciază propria-i simptomatologie etc. Dacă matricea socială poate influența caracterul fenomenologiei clinice, cu atît mai ușor poate modifica rezultatul tratamentelor psihofarmacologice. Unele studii, adîncind analiza, argumentează cum contextul psihosocial al pacientului influențează tipul de tratament pe care acesta îl solicită, îl acceptă (F. S. Garfield, 1971), precum și modul în care el interpretează efectele secundare (P. T. Hesbacher și colab., 1970, R. W. Downing și colab., 1975).

Ansamblul acestor factori nespecifici, veritabile circumstanțe terapeutice totale, influențînd răspunsul pacientului la terapie, ilustrează totodată axioma naturii sale sociale.

6. Problematica relației terapeutice în condițiile psihofarmacologiei clinice

Parte esențială dintr-o vastă problematică relațională între pacient și personalul medico-sanitar, relația terapeutică se instituie totodată ca punct de interferență din întreaga psihologie clinică. Considerată ca fiind fundamental psihoterapeutică, această relație se impune a fi reanalizată actualmente din perspectivă psihofarmacologică. Aceasta se impune cu atît mai mult cu cît în condițiile terapiei psihofarmacologice s-a invocat minimalizarea sau chiar anularea relației terapeutice. Cu toate că încă din perioada apariției și răspîndirii substanțelor psihofarmacologice s-a subliniat că acestea „nu vor putea înlocui relația interumană" (J. Delay, 1959, p. 79), ideea perturbării acestei relații a constituit frontul principal prin care se combăteau noile medicații.

S-a invocat faptul că prin psihofarmacologie sînt atacate doar manifestările exterioare, simptomele, rămînînd neabordate și ignorate problemele, și în ultimă instanță procesele care condiționează ansamblul fenomenologiei clinice. În concepția unor clinicieni, prin intervenția substanțelor psihotrope, terapeutul nici n-ar putea să comunice cu pacientul întrucît „medicamentul poate constitui un ecran între medic și bolnav" (A. Achaintre, P. Balvet, 1963, p. 83). În aceste condiții, medicul nu ar mai fi în „priză directă" cu pacientul său, relația dintre ei stabilindu-se, cu dificultățile inerente, prin acest ecran. Trebuie menționat totuși că „termenul de ecran chimioterapic are un caracter ambiguu ; el face relația mai săracă, sterilă și chiar nefastă pentru bolnav" (M. Porot, J. Claire, 1965, p. 155). Utilizînd substanțele psihofarmacologice, clinicianul și-ar anula atributele sale de medic care-i permit să se confrunte cu problematica pacientului, fiind denumit de aceea „prescriptor" sau „distribuitor de droguri".

Pentru a evita o astfel de denaturare, referindu-se desigur la psihiatrie, unii clinicieni au încercat o dihotomie a relației terapeutice în „relație psihoterapeutică" și „relație chimioterapeutică". În accepțiunea lor, prima ar întruni aspirațiile și ar fi în concordanță cu expectațiile terapeutice, în timp ce a doua ar fi formală, superficială, sărăcită sub aspectul conținutului și beneficiului psihologic, redusă la manipularea produsului psihofarmacologic. Desigur, această disjuncție nu a putut fi acceptată, ea fiind doar sub aspect teoretic menționată. Chiar în situațiile în care se folosesc exclusiv substanțe psihofarmacologice, subliniem totuși faptul că nu se poate vorbi de o relație chimioterapică întrucît, orice act terapeutic implică un conținut psihologic. Așa cum s-a arătat, acesta este determinat de ansamblul factorilor nespecifici care, prin acțiunea lor, pot amplifica sau diminua efectul agenților psihofarmacologici. În virtutea acestor considerații, este util să se renunțe la noțiunile de „relație chimioterapică" sau „relație medicamentoasă", menținîndu-se numai termenul de relație terapeutică, indiferent de procedeul sau de mijlocul terapeutic folosit în clinică.

În afara acestor precizări teoretice, considerăm că sub aspectul practicii se desprind două aspecte ale relației terapeutice, și anume :

— influența introducerii substanțelor psihofarmacologice asupra relației terapeutice ;

— influența caracterului și calității relației medic-bolnav asupra răspunsului la tratamentul psihofarmacologic, respectiv asupra acțiunii farmacodinamice a psihotropelor.

Răspunsul la aceste două probleme nu este încă satisfăcător din considerente multiple dintre care menționăm numai că „o apreciere stabilă și definitivă a conținutului și modului de acțiune a unei astfel de influențe nu s-a realizat încă. Aceasta, deoarece factorii de posibilă mediere sînt numeroși și variați, mulți dintre ei luînd forma unor atribute personale și situaționale subtile, greu de definit cu precizie operațională, și deci dificil de cuantificat" (R. W. Downing, K. Rickels, 1981, p. 1423).

Considerăm că această aserțiune este pe deplin valabilă, dar încercăm, în același timp, o schiță de răspuns asupra celor două probleme mai sus formulate:

a) În ceea ce privește impactul substanțelor psihofarmacologice asupra relației terapeutice sîntem nevoiți a ne referi în mod special la relația terapeutică psihanalitică, întrucît numai pe fondul „curat" al acesteia se poate constata influența psihofarmacologică. În această privință pot fi menționate unele lucrări efectuate chiar de clinicieni psihanaliști (M. Ostow, 1962, L. Bellack și S. Rosenberg, 1966; G. J. Sarwer-Foner, 1970 și altele) care, comparînd rezultatele psihoterapiei psihanalitice cu cele ale terapiei psihofarmacologice, deși puteau testa modificarea relației, s-au referit numai la efectul clinic al medicației. Întrucît însă răspunsul pacienților la tratamentul psihofarmacologic a fost favorabil, intuim că și relația terapeutică nu a suferit o perturbare cu influență clinică.

b) În privința influenței relației asupra răspunsului la tratamentul psihofarmacologic există studii care atestă faptul că o relație terapeutică mai intensă poate diminua răspunsul pacienților la tratamentul psihofarmacologic. Astfel, K. Rickels și R. B. Cattel (1969) au constatat că un grup de pacienți tratați, de „terapeuți empatici", care aveau o relație interpersonală calitativ superioară, au obținut un răspuns mai scăzut la meprobamat decît pacienții care au fost tratați de terapeuți tehnicieni, nonempatici. La rîndul lor, E. H. Uhlenhuth și colab. (1969) au putut demonstra că o relație psihoterapeutică centrată asupra factorilor emoționali poate „să diminueze efectul anxioliticelor active". Alte studii arată că pacienții care în cadrul psihoterapiei beneficiau de o întreținere intensă și continuă obțineau rezultate mai slabe la clordiazepoxid decît cei care aveau o relaționare redusă și intermitentă.

7. Asupra compulsiei prescripției psihofarmacologice și imperativul cunoașterii clinice

În psihiatrie, într-o măsură mai mare decît în orice alt domeniu din patologie, există tendința de a se recurge la farmacologie; în special psihiatrii tineri încearcă mai acut tentația de a liniști pacientul prin apelul la un tranchilizant sau psiholeptic. Nu rareori însă avem de-a face cu o liniștire prin acoperire; e o liniștire a stării psihice și o acoperire a proceselor psihopatologice.

Fără îndoială că anxietatea, depresia dar mai ales delirul, halucinația și în special agitația, impun medicului o intervenție terapeutică de natură să anuleze ori să reducă fenomenologia clinică înainte de elucidarea diagnostică. Aceasta este o atitudine spontană și întrucîtva comprehensibilă,

dar nu întotdeauna oportună, fiind uneori prejudiciabilă. Situaţia poate fi comparată cu aceea din patologia internă cînd, în faţa unui bolnav cu dureri abdominale violente, intens acuzate, medicul nu recurge la medicamente antalgice şi cu atît mai puţin la opiacee, decît în urma examinării atente şi a raţionamentelor clinice susceptibile să elucideze aspectele etiopatologice şi să-i contureze opţiunile diagnostice. Medicul cunoaşte dezideratul ştiinţific în virtutea căruia diagnosticarea trebuie să preceadă prescripţia dar, în acelaşi timp, este împins de elanul umanitar al alinării care-i impune intervenţia.

La aceasta se adaugă un fapt pe care în mod frecvent l-am constatat, şi anume orgoliul profesional al psihiatrului; el este mai puternic conturat decît al internistului sau chirurgului pentru că în perioada actuală intervenţia psihiatrului este mai spectaculară. Într-adevăr, în condiţiile terapeutice actuale, a suprima o durere este un fapt obişnuit dar a reduce o stare de agitaţie, a înlătura o manifestare confuzională sau halucinatorie apare ca un act terapeutic deosebit.

În majoritatea cazurilor însă, cele mai mari posibilităţi de diagnosticare psihiatrică le întîlnim tocmai în această primă şi deseori amplă manifestare clinică şi de aceea tendinţa compulsivă de-a acţiona prin administrarea de neuroleptice interferează negativ demersul cunoaşterii clinice.

Dorinţa de a obţine şi demonstra remisiuni clinice spectaculare nu se constată numai în cazuri de urgenţă, cu ample manifestări psihopatologice, ci şi în stări reactive sau nevrotice, împiedicîndu-se astfel stabilirea unei relaţii terapeutice. Astfel, „cînd un bolnav vine cu o problemă enigmatică sau angoasantă a comportamentului său, cît de puternică devine tendinţa de a o regla, de a o reduce şi suprima printr-un bun neuroleptic" (C. P. Racamier, L. Carretier, 1965, p. 62).

Această tendinţă spre neuroleptizare este deseori apreciată, şi într-adevăr trebuie considerată, ca un semn de dezangajare a terapeutului de la efortul răbdător şi tenace al „luării în sarcină" a pacientului cu întreaga sa problematică psihopatologică. Totodată, prescrierea de medicamente psihotrope unui pacient cu manifestări nevrotice exprimă nu numai rezerva medicului sau nonangajarea ci şi sancţionarea pacientului în virtutea unei motivaţii nonconştientizate a medicului şi poate fi considerată ca o manifestare de contra-transfer negativ. Aceasta exprimă faptul că medicul nu este complet pregătit din punct de vedere psihologic asupra actului terapeutic, permiţînd interferenţa propriilor pulsiuni, tendinţe şi atitudini cu problematica pacientului. Clinicianul încalcă astfel un principiu de deplin valabil al psihanalizei care ar trebui să călăuzească întreaga atitudine terapeutică, acela al „neutralităţii binevoitoare "faţă de pacient. În această privinţă conduita terapeutului se distinge de aceea a pedagogului sau juristului; el nu încurajează, nu combate şi mai ales nu sancţionează; el ajută pe pacient să-şi rezolve problematica patologică, îl sprijină în depăşirea complexelor şi impasului, îl maturizează.

8. Relaţia terapeutică şi problematica transferenţială

Apariţia medicamentului în cîmpul terapeutic modifică substanţial conţinutul relaţiei medicului cu pacientul. Acesta investeşte asupra medica-

mentului cel puţin o parte din expectaţiile pe care le avea asupra medicului astfel încît un transfer pozitiv al pacientului în privinţa terapeutului se va răsfrînge în mod cert asupra medicamentului. În acest sens, bolnavul consideră că un medic bun nu poate prescrie decît un medicament bun, eficacitatea medicamentului fiind apreciată în concordanţă cu expectaţiile pacientului asupra medicului.

Întrucît fenomenologia transferului este de cele mai multe ori analizată de clinicieni psihanalişti, aceştia, opunîndu-se îndeobşte psihofarmacologiei, neagă existenţa transferului, ca şi a ansamblului fenomenelor psihodinamice în condiţiile relaţiei chimioterapice.

Alţi clinicieni însă acceptă existenţa unui transfer şi în condiţiile tratamentului psihofarmacologic şi întrucît nu există în literatură o analiză ştiinţifică a acestuia, considerăm că existenţa lui se bazează pe : — durata relativ îndelungată a curei neuroleptice ; — regresia psihică realizată de boală ; — dependenţa pacientului faţă de terapeut ; — modificările psihologice şi redistribuţiile de energie din economia psihică realizate de cura neuroleptică. În accepţiunea pacientului toate aceste modificări se datoresc terapeutului şi este firesc ca el să atribuie acestuia propriile-i tendinţe, aspiraţii, sentimente, idei etc.

O a treia categorie de clinicieni consideră că în condiţiile psihofarmacologiei se dezvoltă o formă nouă de transfer „actual, concret şi conştient", pe care H.J. de Barahona Fernandez (1966) îl denumeşte „transfer vital" ; acesta se constituie pe „un plan uman al trebuinţelor fundamentale de ordin vital, sprijinit pe modificările funcţionale de la nivel cerebral", realizate prin acţiuni farmacodinamice. Menţionăm însă că eliminînd latura inconştientă a fenomenului de transfer, autorul portughez acordă acestuia o altă accepţiune care este diferită nu numai de sensul clasic, psihanalitic, ci şi de toate sensurile atribuite ulterior transferului.

În sfîrşit, pornind de la situaţia terapiei bifocale, efectuată de un psihoterapeut şi un psihofarmacolog, se înţelege că ultimul va constitui obiectul unui transfer din partea pacientului, acceptîndu-se astfel ideea unui „transfer bifocal". Această situaţie impune însă ca cei doi terapeuţi „să fie de formaţie convergentă, să nu depindă unul de celălalt, să fie apropiaţi pentru a gîndi şi a simţi aceleaşi lucruri despre pacientul comun" (C. P. Racamier, L. Carretier, 1965, p. 81). Spre deosebire de această opinie, cei mai mulţi clinicieni nu acceptă soluţia terapiei bifocale, printre motivele invocate fiind şi argumente referitoare la transfer. Acceptînd faptul că o prescriere medicamentoasă corectă şi oportună făcută de psihoterapeut întăreşte transferul, se consideră că „dimpotrivă, dacă chimioterapia este prescrisă de un medic şi psihoterapia este efectuată de altul, transferul este jenat" (J. Delay, 1966, p. 1155). Menţionăm însă că pe măsură ce se confirmă speranţele terapeutice investite în posibilităţile psihofarmacologiei şi se restrînge aria de aplicare a psihoterapiei psihanalitice, se reduce şi numărul pacienţilor supuşi terapiei bifocale, astfel încît problema transferului bifocal devine un subiect tot mai puţin actual.

După cum am subliniat şi cu alt prilej, fenomenologia transferului se dezvoltă în orice relaţie terapeutică, durata şi autenticitatea acesteia condiţionîndu-i caracteristicile. Conform opiniei noastre, clinica psihiatrică, prin cura neuroleptică, prezintă condiţii favorabile dezvoltării transferului a cărui cunoaşetere şi mînuire se înscriu printre condiţiile succesului terapeutic. Considerăm astfel că numeroase aspecte psihologice întîlnite în cursul terapiei, începînd cu fenomenologia complianţei pînă la aceea a

regresiei psihice și dependenței sînt de sorginte transferențială. Cunoscute și judicios orientate, aceste fenomene pot constitui factori importanți în terapie, favorizînd și amplificînd efectul obținut prin psihofarmacologie. Totodată, fenomenele de natură transferențială dau conținut celor mai nuanțate conduite de psihologie medicală.

O problemă lăsată în subsidiar de psihoterapie în general și de psihanaliză în special este aceea a fenomenelor contratransferențiale. Această situație este explicabilă dacă avem în vedere cel puțin faptul că în psihoterapie terapeutul are posibilitatea să-și selecționeze pacienții, folosindu-se nu atît criterii simptomatologice sau nosografice, cît mai ales empatice. Spre deosebire de psihoterapie, o primă caracteristică a tratamentului prin psihofarmacologie este larga sa adresabilitate. Terapeutul nu-și mai poate alege pacienții ca pentru psihoterapie, aceștia beneficiind, fără discriminare, de psihofarmacologie. Ei prezintă însă o fenomenologie clinică atît de variată, încît este aproape imposibil să fie acceptată cu aceeași deschidere din partea terapeutului. În acest context, considerăm că, în condițiile psihofarmacologice fenomenele contratransferențiale capătă valențe particulare.

O primă sursă de contratransfer constă în îndoiala inconștientă a unor clinicieni privind acțiunea efectivă antipsihotică (și nu antisimptomatică) a psihotropelor. Ei le prescriu din rutină, din necesitatea acordării tratamentului și nu din convingerea privind curabilitatea medicamentului. Considerăm de aceea că în condițiile psihofarmacologiei complexitatea relației dintre medic și bolnav nu se reduce prin intervenția medicației iar fenomenologia acestei relații, pe care Cl. Blanc (1966) o apreciază ca fiind „de la conștiință la conștiință și de la inconștient la inconștient" este mult mai complexă decît cea înscrisă în accepțiunea psihanalitică a conceptelor de transfer și contratransfer. Totodată, în fenomenul complianței ca și în atitudinea față de cura terapeutică, pacientul poate exprima aspecte ale problematicii sale psihopatologice. În virtutea acestui fapt, „considerațiile transferențiale și contratransferențiale legate de medicament trebuie abordate în aceeași manieră ca și alte aspecte ale psihoterapiei pacientului" (J. M. Davis, J. O. Cole, 1975, p. 1933).

De cele mai multe ori însă, medicamentul psihotrop „permite satisfacerea unui sentiment de putere" (A. Achaintre, P. Balvet, 1965, p. 84). Într-adevăr, această „putere" a terapeutului, pe care i-o conferă în fapt incisivitatea neurolepticului. îi permite să facă din bolnavul agresiv un pacient docil, din virulent un ascultător, din delirantul violent un confident, din psihoticul anxios și halucinat un liniștit, securizat. Fără îndoială că aceste posibilități oferă terapeutului și anumite veleități a căror forță vectorială este deseori bazată pe o motivație contratransferențială. În alte situații însă, anumiți terapeuți, în virtutea unor pulsiuni sadice, folosesc doze exagerate de neuroleptice. Ei nu se limitează la doza minimă necesară și într-un elan psihofarmacologic denumit de unii clinicieni *furor terapeuticus* doresc să reducă ori să anuleze, cu promptitudine, orice manifestare psihopatologică a pacientului. Invocațiile delirante, explicațiile obsedante, acuzele somatoforme, temerile ipohondriace, ca și alte manifestări clinice, în loc să fie răbdător anulate și analizate sînt cu promptitudine sancționate sub justificarea că sînt „tratate". Considerăm astfel că, în aceste cazuri, este vorba de o sancționare prin neuroleptizare; mai mult chiar, însăși nevoia pacientului de relaționare, în virtutea unor conduite contratransferențiale este sancționată prin neuroleptizare.

Bibliografie

Achaintre, A., Balvet, P., *Actualités de th rapeuti que psichiatrique*, Paris, Masson, 1963.

Balint, M., *Le médecin, son malade et la maladie*, Paris, Payot, 1966.

Banscikov, V. M. et al., *Mediţinskaia psihologhia*, Moskva, Izd. Mediţina, 1967.

Barahona-Fernandez, H. J. de, *Pharmacopsychothérapie*, în : „Convegno di aggiornamento in psiconeurofarmacologia", Torino, Minerva Medica, 1966, p. 256—285.

Blanc, Cl., *Les Mots, les Drogues et l'Esprit*, „L'Evolution Psychiatrique", 1966, 4, 707—741.

Bloch, C., Sivadon, P., *La psychologie du patient*, în : *Traité de Psychologie Médicale* (red. P. Sivadon), Paris, Press. Univ. France, 1973, p. 9—33.

Ciurez, T., *Cercetarea clinică a efeciului substanţelor psihotrope*, în : *Terapie psihotropă* (red. V Predescu), Bucureşti, Edit. medicală, 1968, p. 63—88.

Davis, J. M., Cole, J. O. *Antipsychotic Drugs*, în : *Comprehensive Toxtbook of Psychiatry*, II, vol 2 (A. M. Freedman, H. I. Kaplan, B. J. Sadock eds.), Baltimore, Williams Wilkins, 1975, p. 1921—1940.

Delay, J., *Psychopharmacologie et psychiatrie*, „Presse méd.", 1966, 74, 22, 1151—1157.

Delay, J., Pichot, P., *Abrégé de Psychologie*, Paris, Masson, 1967.

Di Mascio, A., *The Use of „Normals" in Predicting Clinical Utility of Psychotropic Drugs*, în : *The Psychohparmacology of the Normal Human* (ed. by U.E. Wayne and N. S. Kline Springfield, Charles C. Thomas), 1969.

Downing, R. W. et al., „Journ. Psychiatr. Res.", 1975, 12, 239—256.

Downing, R. W., Rickels, K., *Nonspecific Factors and their Interaction with Psychological Treatment in Pharmacotherapy*, în : *Psychopharmacology : A. Generation of Progress* (M. A. Lipton, A. Di Mascio, K. F. Killan eds.), New York, Raven Press, 1981, p. 1419—1428.

Garfield, F. S., *Handbook of Psychotherapy and Behavioral Change : An Empirical Analysis* (A. E. Bergin, F. S. Garfield eds.), New York, J. Wiley, 1971.

Guyotat, J., *Neuroleptiques et psychothérapies. Débat*, în : „Confrontations Psychiatriques", 1975, 13, 225—247.

Heimann, H., *Fondements théoriques et modèles explicatifs de l'action des psychotropes*, în : „Confrontations Psychaitriques. La Psychopharmacologie", 1972, 9, p. 187—206.

Hesbacher, P. T. et al. „Psychopharmacologia", 1970, 18, 180—208.

Ionescu, G., *A clinico-psychological analysis of the placebophenomenon*, „Revue roumaine des sciences sociales. Série de Psychologie", Bucureşti, 1982, 26, 2, 155—169.

Ionescu, G., *Analiza clinico-psihologică a fenomenului Placebo*, „Revista de psihologie", 1983, 29, 1, 65—79.

Janke, W., Debus, G., *Experimental Studios on Antianxiety Agents with Normal Subyects*, în : „Psychopharmacology" (ed. D. H. Efron), Health Service Publication, N° 1836, 1968, p. 205—230.

Lebedinski, M. S., Miasiscev, V. N., *Vvedenie v mediţinisknin psihologhiin*, Leningrad, Izd. Mediţina, 1966.

Paul, G. L. et al., „Arch. Gen. Psychiatry", 1972, 27, 106—115.

Pichot, P., *A propos de l'effet placebo*, „Rev. Med. psychosom.", 1961, 3, 37—40.

Porot, M., Claire, J., *Caractères nouveaux de la relation médecin-malade au cours de la chimiothérapie*, în : *La relation médecin-malade ou cours de chimiothérapies psychiatriques* (red. P. A. Lambert), Paris, Masson, 1965, p. 153—156.

Predescu, V. et al., *Terapie psihotropă*, Bucureşti, Edit. Medicală, 1968.

Prout, C. T. et al., *The Placebo Effect in Psychiatric Drug Research*, „J.A.M.A.",1961,176, 11, 920—925.

Racamier, C. P., Carretier, L., *Relation psychothérapique et rélation medicamenteuse dans l'institution psychiatrique*, în : *La relation médecin-malade ou cours de chimiothérapies psychiatriques* (red. P. A. Lambert), Paris, Masson, 1965, p. 58—84.

Rickels, K. et al., „Clin. Pharmacol. Ther.", 1971, 12, 263—273.

Rickels, K., Cattell, R. B., *Psychotropic Drug Responde : Advances in Prediction* (P. R. A. May and J. R. Wittenborn eds.), Springfield, Charles C. Thomas, 1969.

Schneider, P. B., *Psychologie médicale*, Paris, Payot, 1969.

Schooler, R. Nina., *Antipsychotic Drugs and Psychological Treatment in Schizophrenia*, în : *Psychopharmacology : A. Generation of Progress* (M. A. Lipton, A. Di Mascio, K. F. Killan, eds.), New York, Raven Press, 1981, p. 1155—1168.

Shepherd, M., *Méthodologie des essais cliniques en psychopharmacologie*, în : „Confrontations Psychiatriques. La Psychopharmacologie", 1972, 9, p. 145—162.

Sîrbu, Aurelia Birţ, M., *Importanţa şi particularităţile efectului placebo*, „Neurologia, Psihiatria, Neurochirurgia", 1972, 17, 5, 453—457.

Uhlenhuth, E. H. et al., „Journ. Nerv. Ment. Dis.", 1969, 148, 52—64.

Capitolul XII

METODE PSIHOTERAPEUTICE DIN DOMENIUL PSIHOPATOLOGIEI CLINICE

A. Psihoterapia psihanalitică

La aproape un secol de la apariţia sa, psihanaliza constituie şi astăzi o teorie şi o metodă controversată, încă incomplet asimilată chiar de către psihopatologie şi psihiatrie, domeniile sale majore de aplicaţie. Din anul 1894, considerat ,,anul de naştere'' al psihanalizei, prin apariţia lucrării lui S. Freud şi J. Breuer *Studii asupra isteriei*, teoria şi metoda au evoluat mult, fără a se ajunge însă, pînă în prezent, la o modificare radicală a principiilor de bază constituite şi revizuite permanent de S. Freud (1856—1939) pînă la sfîrşitul vieţii sale.

1. Principii teoretice de bază

În viziunea psihanalizei, activitatea psihică a individului uman se poate desfăşura la nivel conştient, unde operează gîndirea logică, mijlocită prin limbaj conceptual şi la nivel *inconştient*, guvernat de un tip de ,,gîndire primitivă'' cu elemente magice, determinată direct de fenomenele afective. Spre deosebire de *subconştient*, din care fac parte o serie de automatisme mentale, care pot fi înregistrate şi conştient, datele psihice inconştiente nu au acces la conştienţă, fiind refulate. *Refularea* se face prin intermediul *cenzurii*, un subsistem mental, el însuşi inconştient. Criteriile după care cenzura respinge sau nu accesul la conştienţă al unui fapt psihic sînt, pe de o parte, cele ale moralei individului (însuşită în urma procesului de socializare, prin educaţie) şi, pe de altă parte, cele ale limitei de securitate a aparatului psihic conştient, dincolo de care intensitatea unei trăiri poate fi distructivă.

Din punct de vedere funcţional, în viziunea psihanalizei, aparatul mental este compus din trei instanţe: *Sinele*, depozitar al pulsiunilor instinctuale, supus *principiului plăcerii*, *Supraeul*, format prin interiorizarea normelor sociale şi acţionînd în virtutea *principiului datoriei* şi *Eul*. Dintre acestea Eul deţine rolul cardinal în stabilirea şi menţinerea echilibrului psihic al persoanei. El acţionează conform *principiului realităţii*, tinzînd spre crearea compromisului optim dintre cerinţele *libidinale* ale Sinelui (căutarea plăcerii şi evitarea neplăcerii) şi exigenţele morale ale Supraeului. Dorim să facem precizarea, uneori neglijată în abordarea critică a psihanalizei, că toate conflictele intrapsihice, pe care Eul încearcă să le rezolve, nu constituie altceva decît reflectarea contradicţiilor dintre individ, ca realitate biopsihosocială, şi mediul fizic şi social la care acesta se raportează permanent. Deci, în ultimă instanţă, rolul Eului constă în stabilirea şi menţinerea unei optime adaptări a persoanei la realitatea înconjurătoare.

Existenţa conflictului intrapsihic se face prezentă, în raport cu Eul, prin intermediul *angoasei*. Prima experienţă a angoasei declanşată automat în virtutea unor mecanisme programate genetic este considerată a se produce cu ocazia naşterii persoanei. Ulterior, ea reapare în situaţiile de pericol real sau „imaginat" de către subiectul nevrotic, a cărui structură psihică, parţial infantilă, operează o serie de *proiecţii*, falsificînd relaţia sa cu mediul şi trăind, la nivel inconştient, stări de permanent pericol chiar şi atunci cînd, în mod obiectiv, acesta nu există. Astfel, iniţial cu rol de semnal de alarmă, angoasa începe să reprezinte o anticipare inconştientă a pericolului (pedeapsă), la care ar putea fi supus individul prin realizarea unora din pulsiunile sale refulate. Deşi S. Freud deriva angoasa din refulare, considerînd că „plăcerea aşteptată de la satisfacere (a pulsiunii) este transformată, prin procesul de refulare, în neplăcere" (Freud S., 1973, p. 7), în prezent refulării i se acordă doar funcţia de mecanism de apărare al Eu-lui, care intră în joc împotriva angoasei şi consecutiv ei. Pe lîngă *refulare*, Eu-l mai dispune de o serie de alte mecanisme de apărare în faţa angoasei.

După Anna Freud, acestea sînt: *Regresia* — revenirea, mai mult sau mai puţin parţială, la anumite trăiri şi conduite din experienţa trecută. *Izolarea* — separarea unei reprezentări mentale de conţinutul său afectiv. *Anularea retroactivă* — procedeu prin care se încearcă suprimarea unei experienţe trecute cu ajutorul unui ritual magic. *Returnarea spre sine* — înlocuirea unui obiect extern al unei pulsiuni cu propria persoană. *Transformarea în contrariu* — o inversare a semnificaţiei motivaţiei acţiunii. *Introecţia* — încorporarea în sine a unui obiect semnificativ pentru subiect. *Proiecţia* — transferul în mediul exterior al unui conţinut psihic propriu. *Formaţia reacţională* — înlocuirea valenţei motivaţionale pozitive cu o valenţă profund negativă. *Sublimarea* — transformarea unei cantităţi de „energie" primară refulată într-o formă valorificabilă în realitate (Freud Anna, 1973).

Declanşate ca reacţie în faţa angoasei, mecanismele de apărare ale Eu-lui îşi dezvoltă activitatea într-o relaţie direct proporţională cu creşterea intensităţii acesteia. Dincolo de o anumită limită, proprie fiecărui individ, aceste mecanisme, ajunse la paroxism, încep să invadeze personalitatea, avînd tendinţa să perturbe manevrele conştiente prin care subiectul se adaptează permanent mediului fizic şi social. În această fază se constată apariţia simptomelor. Lucrurile se petrec asemănător creşterii temperaturii în unele infecţii virotice şi bacteriene: iniţial mijloc de luptă al organismului, febra, dacă depăşeşte o anumită intensitate, poate deveni ea însăşi un simptom cu efecte dăunătoare.

În afara funcţiei de atenuare a angoasei, mecanismele de apărare ale Eu-lui permit şi o satisfacere parţială a pulsiunilor refulate, asigurînd astfel Eu-lui rolul său de „mediator" în aparatul mental al individului. Deoarece, ca subsistem mental, Eu-l nu dispune de energie (motivaţie) proprie pentru a funcţiona, el este nevoit să „împrumute" o parte din forţa (motivaţia) Sinelui căruia îi mijloceşte, „în schimb", un minimum necesar de satisfacere pentru continuarea „cooperării". Pulsiunile realizate prin această modalitate sînt însă *deturnate* de la calea lor naturală şi îmbracă şi în plan comportamental, *forme deghizate* încadrate în conduitele nevrotice. Astfel, în viziunea psihanalizei, simptomele nevrotice (manifestate psihic sau somatic) nu reprezintă altceva decît înseşi mecanismele de apărare ale Eu-lui în

forma lor exacerbată. Fiind o manevră de compromis, urmărind minimum de „rău necesar", „simptomul nevrotic tipic exprimă simultan și impulsul și apărarea" (Fenichel O., 1953, p. 239).

Privind simptomul bolii ca mijloc de apărare a sistemului psihic, concepția psihanalitică se întîlnește cu „teoria sindromului de adaptare" a lui H. Selye, conform căreia boala este ea însăși o tentativă de adaptare, o reacție la solicitarea excesivă (Selye H., 1950).

Relația dintre tipul simptomului și natura mecanismului de apărare care-l provoacă nu este strict determinată. Astfel, fobia este considerată o deplasare a angoasei și o obiectivare a ei. Același mecanism, deplasarea, intervine și în conversia isterică. Obsesia, ca tip de reacție mai elaborat și complex, poate fi generată simultan de mai multe tipuri de mecanisme de apărare cum ar fi : deplasarea, formația reacțională, anularea retroactivă și regresia.

În stările psihotice se consideră că mecanismele de apărare nevrotice ale Eu-lui au eșuat, și în fața pericolului iminent de destructurare a sistemului psihic invadat de angoasă, Eu-l apelează, în ultimă instanță, la o serie de mecanisme de apărare de tip psihotic. După M. Klein, principalele mecanisme psihotice de apărare ale Eu-lui sînt : *clivajul obiectului și al pulsiunii*, *idealizarea*, *refuzul realității interioare sau exterioare și reținerea trăirilor afective* (Klein, M., 1966). În planul comportamentului, intrarea în acțiune a acestor mecanisme de apărare se reflectă prin apariția simptomelor caracteristice stărilor psihotice : discordanța, derealizarea, depersonalizarea, fenomenele halucinatorii și delirante, autismul etc.

Referitor la explicarea simptomelor psihotice prin acțiunea mecanismelor de apărare ale Eu-ului, tentativă puternic controversată, considerăm că noile descoperiri făcute asupra intimității proceselor biochimice ale creierului nu infirmă existența acestor mecanisme. Interdependența, din ce în ce mai evidentă, dintre procesele psihice și cele somatice, lasă un loc destul de larg importanței mecanismelor psihice în geneza și întreținerea stărilor de boală psihică sau somatică. Probabil, descoperirile din viitorii ani din domeniul biochimiei sistemului nervos (și nu numai al lui) vor permite o evaluare mai exactă a cauzelor și mecanismelor patologiei umane, atribuind factorilor psihici rolul real pe care aceștia îl au, eliminînd exagerările, dar și scepticismul nejustificat.

2. Metoda terapeutică

Tehnica psihoterapiei psihanalitice poate fi definită prin cele trei reguli importante ale sale : *asociația liberă*, *atenția flotantă* și *neutralitatea binevoitoare*. Regula *asociației libere* cere pacientului, întins pe canapea sau așezat comod în fotoliu, să verbalizeze, pe cît posibil fără autocontrol, orice fapt psihic produs pe moment. Ceea ce se așteaptă de la asociația liberă este exprimarea involuntară a unor date semnificative asupra conflictelor inconștiente ale subiectului. Pe baza lor, ca și prin *analiza viselor* și a *actelor ratate*, analistul îl va determina pe pacient să-și descifreze conținuturile psihice ignorate anterior. *Atenția flotantă*, ca regulă, se referă la atitudinea relaxată, echivalentă celei a pacientului, cu care terapeutul va trebui să înregistreze în întregime discursul bolnavului, ferindu-se de a acorda apriori o importanță mai mare sau mai mică unor date. În acest fel, aprehensiunea terapeutului, la nivel subconștient și chiar inconștient,

va lucra liber, în raport direct cu inconștientul pacientului. Ulterior doar, printr-un efort de sistematizare, psihanalistul va supune logicii conștiente datele recepționate și le va utiliza, la momentul potrivit, pe parcursul evoluției terapiei. Regula *neutralității binevoitoare* se referă de asemenea la analist și îi cere să păstreze, în relația cu pacientul, o atitudine de bunăvoință, dar și de relativă detașare afectivă, respingînd tentativele pacientului de a-l implica emoțional în problemele sale.

Din punct de vedere procesual, o cură psihanalitică cuprinde cîteva faze, a căror durată este variabilă, în funcție de particularitățile fiecărui caz în parte. În prima dintre acestea, *faza de debut*, are loc instalarea și dezvoltarea *transferului*. Instrument de bază în psihanaliză, numit adesea „motor" al ei, datorită puternicei *motivații de vindecare* pe care o produce, transferul desemnează tendința inconștientă a pacientului de a „confunda" terapeutul cu una sau mai multe persoane importante, cu care s-a relaționat în viață : părinți, frați, surori sau substituți ai acestora. Transferul se produce în virtutea *tendinței la repetiție*, un tip de regresie care provoacă retrăirea frustrărilor traumatizante din trecut, în speranța rezolvării lor favorabile în prezent. În acest fel, prin transfer, pacientul reface drumul invers al evoluției sale nevrotice, drum presărat cu tot felul de accidente, care au dus la *fixații* și dezvoltări comportamentale nevrotice. Următoarea fază a psihoterapiei, cea a *nevrozei de transfer*, are ponderea cea mai mare atît din punct de vedere al duratei sale, cît și din cel al importanței *travaliului analitic* desfășurat. Cu ajutorul *interpretărilor* și al *manevrării transferului*, terapeutul va controla această nevroză reactualizată în raport cu persoana sa și se va strădui permanent să „demaște", în fața conștiinței pacientului, semnificația conduitelor nevrotice prin care acesta își exprimă conflictele intrapsihice. Ca regulă generală, interpretările trebuie efectuate întotdeauna „la suprafață", vizînd date aflate în imediata apropiere a zonei de conștiență a subiectului. Această precauție este necesară deoarece, după cum se constată în practică, o interpretare „în profunzime" *(psihanaliză barbară)* are un efect contrariu celui vizat, sporind *rezistența* prin întărirea angoasei și acțiunii mecanismelor de apărare ale Eu-lui. Ca efect imediat al interpretărilor reușite se produce uneori fenomenul de *abreacție*, o luare la cunoștință a unor semnificații, însoțită de importante eliberări de afect. Respectînd principiul „acțiunii la suprafață", interpretările trebuie orientate cu prioritate împotriva rezistenței pentru ca, ulterior, faptul psihic refulat să poată avea acces la conștiență. Ca precizare metodologică, se poate constata că psihoterapia analitică nu tinde în mod expres spre conștientizarea tendințelor inconștiente, așa cum se afirmă deseori, ci spre modificarea cenzurii „care a dus inițial la refulare și care o menține" (Freud S., 1972, p. 102). În acest fel se produc „schimbări permanente crescînd puterea de integrare a Eu-lui" (Alexander F., 1970, p. 261). Alături de interpretare, un eficient mijloc de acțiune asupra pacientului îl constituie și „manevrarea transferului". Noțiunea, introdusă de F. Alexander, desemnează activitatea de „*reeducare emoțională*" pe care o desfășoară terapeutul cu pacientul, printr-o atitudine radical diferită (compensatorie) în raport cu cea pe care au avut-o persoanele importante din copilăria acestuia (Alexander F., 1959). Un alt factor important care intră în joc este considerat *identificarea* pacientului cu analistul. Prin intermediul mecanismelor introective, cel analizat începe treptat să „copieze", involuntar, modelele de acțiune intrapsihice care stau la baza personalității psihanalistului, modele cu necesitate mai „sănă-

toase" și mai eficiente decît cele de care dispune pacientul. Existența acestui fenomen îl face pe S. Nacht să considere că este mai important nu „ce face sau spune terapeutul, ci ceea ce el este" (Nacht. S., 1967, p. 135). De aici rezultă și unul din motivele pentru care, în psihanaliză, se pune un accent deosebit pe *terapia didactică* (de fapt, o temeinică și completă cură analitică) pe care orice viitor terapeut este obligat să o efectueze, anterior debutului în profesie. Aceasta cu atît mai mult cu cît nici un psihanalist nu se poate sustrage (și nici nu ar fi de dorit să o facă) fenomenului de *contratransfer*, un răspuns involuntar la transferul pacientului. Din interacțiunea celor două tipuri de reacții transferențiale, pe care terapeutul trebuie să le aibă permanent sub control, se formează un „cîmp motivațional" complex care grupează, la cele două extremități ale sale, suma *motivațiilor de vindecare* ale celor doi protagoniști și suma forțelor opuse, a *rezistențelor* la care, în mod inevitabil, își aduc aportul și unele „rămășițe" neexplorate ale personalității terapeutului, oricît de bine i-ar fi reușit propria psihanaliză. În ultimă instanță, la succesul terapiei, pe lîngă datele personale ale bolnavului și competența psihanalistului, un rol greu cuantificabil, dar evident semnificativ, îl joacă și „compatibilitatea" terapeut-pacient, un factor dificil de apreciat în faza de debut a terapiei, cînd ar fi fost încă posibil, în cazul unei „nepotriviri", ca pacientul să fie îndrumat spre un alt psihanalist.

Atunci cînd, din interacțiunea tuturor factorilor implicați, rezultă o evoluție favorabilă, se constată o diminuare, pînă la dispariție totală, a simptomelor. Acest lucru este important nu atît prin el însuși, cît prin faptul că semnifică o întărire a Eu-lui, știut fiind că acesta „nu abandonează activitățile sale defensive decît în măsura în care își poate asuma emergența derivatelor pulsionale" (Buvet, M., 1968, p. 170). În plan subiectiv, pacientul resimte o mai bună cunoaștere de sine și, în special, o acceptare pentru că, așa cum afirmă J. Begoin : „a fi tu însuți este, fără îndoială, înainte de toate, a fi într-o mai bună relație cu tine, a te cunoaște mai bine și a te accepta mai bine" (Begoin, J., 1982, p. 1019). Aceste modificări determină o depășire a nevrozei de transfer, care lasă locul, pe nesimțite, fazei terminale, cea a *lichidării transferului*. În această ultimă etapă, relația pacient-terapeut își pierde treptat din intensitate, lăsînd locul unei colaborări amicale (regresia pacientului se reduce, acesta manifestîndu-se tot mai mult, față de analist, ca de la adult la adult). Decizia de terminare a terapiei este luată de obicei de comun acord, la propunerea terapeutului. Uneori apar incidente în acest ultim act al terapiei, în sensul dificultăților pe care le resimte fostul bolnav în fața perspectivei de a rămîne dintr-o dată „singur". Dacă însă terapia și-a atins principalele obiective, desprinderea pacientului de tratament și de persoana terapeutului se poate face în deplină siguranță, fără riscul unei recidive a bolii. Referitor la indiciile după care terapeutul poate stabili momentul oportun al încheierii terapiei, au fost elaborate o serie de criterii de apreciere a stării de sănătate psihică a pacientului. S. Nacht, citîndu-l pe Rickman, enumeră următoarele *criterii de vindecare* : a) dispariția amneziei infantile ; b) capacitatea de satisfacere genitală heterosexuală ; c) capacitatea de a suporta frustrațiile libidinale fără apărare regresivă și fără anxietate ; d) capacitatea de a munci și de a suporta timpul liber ; e) capacitatea de a suporta pulsiunile agresive față de sine sau față de alții, fără culpabilitate și fără ca aceasta să ducă la pierderea obiectului dragostei și f) capacitatea de a suporta doliul (Nacht, S., 1967, p. 167). Din analiza

acestor criterii rezultă clar un fapt semnificativ, caracteristic *teoriei vindecării* în viziunea psihanalizei: dispariția simptomelor nu constituie un indiciu de primă importanță în evaluarea progreselor făcute de pacient. Acest lucru diferențiază psihoterapia psihanalitică de majoritatea celorlalte metode, în care eforturile se concentrează asupra manifestărilor simptomatice. Spre deosebire de psihoterapia comportamentală, spre exemplu, care vizează decondiționarea simptomelor bolii, neinteresîndu-se de cauzele care le-au generat, psihanaliza tinde spre „decondiționarea" mecanismelor interne care au dus la apariția și dezvoltarea acestor simptome (ca mecanism adaptativ, parțial eșuat). În acest fel se afirmă (și experiența noastră ne-a confirmat-o, în majoritatea cazurilor) că riscul de îmbolnăvire al unei persoane care a încheiat cu bine o psihoterapie psihanalitică este sensibil egal cu riscul la care este expus orice individ „normal" pe parcursul existenței sale. Ceea ce, după opinia noastră, îndreptățește utilizarea termenului de „vindecare" în psihanaliză, deși celelalte metode de tratament în bolile psihice evită, poate în mod justificat, utilizarea acestei noțiuni.

3. Indicațiile terapeutice ale psihanalizei

Domeniul de aplicare al psihanalizei este cu predilecție cel al nevrozelor. În cazul psihopatiilor, al perversiunilor sexuale și al toxicomaniilor, aplicarea ei este mai restrînsă și depinde de capacitatea pacientului de a mai opera modificări în cadrul structurii personalității sale. În tulburările psihosomatice, psihanaliza clasică se aplică mai rar (anterior apariției leziunilor și numai cînd există o clară componentă nevrotică), indicate fiind o serie de psihoterapii derivate din ea. În stările psihotice se utilizează adesea variante ale psihanalizei dintre care *analiza directă*, a lui N. Rosen, este cea mai cunoscută, cu aplicabilitate în stările schizofrenice (Rosen, N., 1960).

Categoria nosografică nu constituie decît unul din criteriile de stabilire a indicațiilor și a contraindicațiilor psihanalizei. Alături de acesta, la fel de importante sînt și criteriile naturii structurii Eu-lui pacientului, al vîrstei sale și al existenței, mai importante sau mai reduse, a unor *beneficii secundare* ale bolii, în raport cu familia și societatea. Atunci cînd individul obține mari „avantaje" din boala sa și mai ales cînd este integrat într-un sistem de relații nevrotice, de obicei în cadrul familial, motivația de vindecare nu are forța necesară pentru desfășurarea unui travaliu analitic complet. Un alt aspect, oareecum paradoxal la prima vedere, îl constituie și faptul că unii subiecți care suferă de tulburări psihice minore, deși încadrabile în sfera patologicului, au mai puțin șansa de a reuși într-o psihoterapie psihanalitică. Acest lucru se explică de asemenea printr-o motivație de vindecare redusă, insuficientă pentru a învinge dificultățile redutabile pe care le implică un astfel de tratament. În același timp, în stabilirea indicației de psihanaliză, trebuie ținut cont și de considerabilul efort pecuniar la care este supus pacientul, deoarece, în țările în care nu se beneficiază de asistență sanitară gratuită, psihoterapia psihanalitică constituie unul dintre cele mai costisitoare tratamente existente în bolile psihice. Pe de altă parte, eșecurile psihanalizei, exploatate din plin de adversarii săi, dar constituind totuși o realitate (după unele statistici în 40% din cazuri), fac și mai dificilă luarea deciziei de a întreprinde un tratament psihanalitic. Referindu-se la aceste aspecte,

E. Glover afirma: „este stupid a pretinde că psihanaliza constituie un panaceum pentru toate tulburările umane... de a o considera... un instrument infailibil. Dar acesta nu este un motiv pentru a nu o aplica în cazuri dificile și chiar incurabile" (Glover, E., 1958, p. 301). Subscriind la această opinie, dorim totuși să ne întrebăm dacă, procentul de reușită (60%) nu ar cunoaște o cifră mai ridicată, în cazul în care ar exista mai puțini pacienți „selecționați", prin forța imprejurărilor, după „criteriul" incurabilității prin alte metode de tratament.

Bibliografie

Alexander, F., *Principes de psychanalyse*, Paris, Payot, 1970.

Alexander, F., French, T. M., *Psychothérapie analytique. Principes et applications*, Paris, P.U.F., 1959.

Bégoin, J., *L'interprétation de la réalité psychique*, in: „Revue Française de Psychanalyse", 5, 1982, p. 1003–1021.

Buvet, M., *Ecrits didactiques. Résistances — transfert*, Paris, Payot, 1968.

Fenichel, O., *La théorie psychanalitique des névroses*, Paris, P.U.F., 1953.

Freud, S., *Inhibition, symptôme et angoisse*, Paris, P.U.F., 1973.

Freud, S., *La technique psychanalitique*, Paris, P.U.F., 1972.

Glover, E., *Technique de la psychanalyse*, Paris, P.U.F., 1958.

Klein, M., Heimann, P., Isacs, S. et Rivier, J., *Développements de la psychanalyse*, Paris, P.U.F. 1966.

Nacht, S., *La thérapeutique psychanalitique*, în: *La psychanalyse d'aujourd'hui* (S. Nacht ed.), Paris, P.U.F., 1967, p. 123–168.

Rosen, J. N., *L'analyse directe*, Paris, P.U.F., 1960.

Selye, H., *The physiology and pathology of exposure to stress*, Montreal, Acta, Inc. 1950.

B. Psihoterapia de familie

1. Psihoterapia de familie în contextul psihoterapiilor tradiționale

Termenul de „psihoterapie de familie" conotează un grup cvasieterogen de teorii, cercetări și tehnici de intervenție terapeutică, orientate spre optimizarea relațiilor de familie, modificarea unor aspecte disfuncționale circumscrise din sistemul familial, valorificarea potențialului sanogenetic și de dezvoltare al microgrupului familial și al membrilor individuali ai familiei.

Spre deosebire de termenii „psihoterapie psihanalitică" sau „psihoterapie comportamentală", termenul de „psihoterapie de familie" nu desemnează atît o *metodă* de tratament, cît servește la delimitarea lingvistică a domeniului investigat (familia) și a nivelului la care se operează modificările terapeutice.

Aserțiunea conform căreia „psihoterapia de familie nu este numai o metodă de tratament, ci și (mai ales) o *orientare clinică* ce include abordări terapeutice diferite" (J. Haley, 1976, p. 1881) se cere completată prin precizarea deosebirilor de principiu dintre terapiile familiale și psihoterapiile individuale. În acest sens, trebuie să subliniem că cele două tipuri diferite de abordare terapeutică vizează modificarea comportamentului simptomatic al pacientului, prin modalități complet deosebite. Modul de a opera al *psihoterapiilor tradiționale* constă în efortul de a schimba struc-

tura şi funcţiile persoanei bolnave, astfel încît ea să devină capabilă de a acţiona în mod normal asupra mediului social în care este integrată şi de a interacţiona cu acesta, într-un mod adaptativ-sanogenetic.

Spre deosebire de psihoterapiile individuale, *psihoterapia de familie se concentrează asupra schimbării structurii şi funcţionării sistemului familial*, astfel încît „acesta să devină, în raport cu persoana bolnavă, o matrice mai sănătoasă de existenţă şi un factor social sanogenetic" (E. M. Pattison, 1980, p. 624).

Concretizînd, putem spune că psihoterapia de familie, ca mod de gîndire psihologică şi ca sistem terapeutic, se caracterizează prin :

— abordarea familiei ca unitate de tratament;

— concepţia despre personalitatea individuală, ca subsistem al unor relaţii interpersonale şi grupale supraordonate, semnificativ interactive cu dezvoltarea normală sau patologică a acesteia;

— exercitarea unor influenţe sistematice, focalizate asupra microgrupului familial, conceput ca entitate a cărei funcţionare este guvernată de legi sistemice;

— edificarea unui sistem teoretico-metodologic emergent de interpretare şi terapie interacţională a tulburărilor psihice, concretizat în paradigma familial-sistemică a bolii psihice;

— utilizarea unor metode şi tehnici specifice, orientate spre modificarea terapeutică a disfuncţiilor şi fenomenelor psihopatologice familiale care exercită un rol decisiv în etiologia, evoluţia şi tratamentul psihofarmacologic al tulburărilor psihice individuale.

Situată, sub aspect principal, în opoziţie cu psihoterapiile individuale, psihoterapia de familie îşi recunoaşte numai parţial apartenenţa la psihoterapiile de grup. Aceasta nu numai datorită faptului că psihoterapia de familie s-a dezvoltat mai ales în clinică şi mai puţin în cadrul terapiilor de grup (împrumutînd de la acestea tehnici izolate), ci şi pentru că prin comparaţie cu grupul terapeutic, constituit în mod artificial, grupul familial posedă caracteristici proprii de coeziune, unitate şi „permeabilitate" la influenţe terapeutice. Aceste însuşiri specifice ale grupului familial au la bază relaţiile afective intense şi motivarea optimă a membrilor, pentru ameliorarea pacientului. Sub acest unghi, este semnificativ faptul că „familia există ca grup înainte de terapie şi statusul social, şi că modelul comportamental au fost deja create în momentul instituirii terapiei... comunicarea fiind mai facilă, fiindcă membrii familiei au, în general acelaşi nivel sociocultural". (G. Ionescu, V. Predescu, 1971, p. 437).

Prin raportarea la psihoterapiile de grup şi cele individuale se evidenţiază, de asemenea, faptul că „psihoterapia de familie analizează membrii grupului în mediul lor obişnuit, conflictele umane nu sînt considerate în mod izolat, ci în matricea interacţiunilor şi schimburilor strînse ce au loc între ei în fiecare zi" *(ibidem)*.

2. Abordarea bolii psihice din perspectiva psihoterapiei de familie

Modul original în care psihoterapia de familie abordează problemele bolii psihice este, pe de o parte, rodul acumulării unor observaţii clinice şi al unor date de cercetare psihopatologică, pe de altă parte, rezultatul includerii în gîndirea psihiatrică a perspectivei ecologice, sistemice şi psihoso-

ciale. Noile date din domeniul psihologiei, ecologiei, teoriei generale a sistemelor vii evidenţiază necesitatea unei noi înţelegeri a persoanei, în ipostaza sa patologică sau normală, *ca ansamblu dinamic bio-psiho-social*, dar şi *ca parte* a mediului sociocultural. Din această perspectivă, interacţional-integrativă, comportamentul individual poate fi interpretat „ca răspuns la un set complex de reguli constante şi predictibile care guvernează grupul său familial, chiar dacă aceste reguli nu sînt cunoscute în mod conştient de el sau de familie" (Virginia Satir, 1967, p. 9).

Psihoterapia de familie realizează o sinteză explicativă a bolii psihice, integrînd într-o viziune unitară aspectele individuale şi cele relaţionale ale personalităţii bolnavului psihic. Sub acest unghi psihoterapia de familie adoptă „o interpretare complexă a dezordinii psihiatrice ca fenomen familial, ca rezultantă a multiplelor perturbări interdependente, interacţionale şi cu emergenţă în serii, de-a lungul timpului" (N. Ackerman, M. Behrens, 1974, p. 38). Din această perspectivă pentru desemnarea individului care solicită tratament psihiatric, psihoterapeuţii folosesc termenul de „pacient primar" sau „pacient identificat".

Existenţa unor posibile tulburări psihice (nevrotice sau nevrotiforme) la membrii familiei pacientului a fost remarcată şi de psihiatrie. Aceasta consideră însă, numai un aspect limitat al relaţiei patogene dintre bolnav şi familie, interpretînd fenomenele patologice ale pacienţilor „secundari" ca *reactive* la tulburările psihice şi comportamentale ale pacientului identificat. Deşi nu ignoră acest aspect, psihoterapia de familie consideră că tulburările psihice ale membrului simptomatic şi cele subclinice sau manifeste ale aparţinătorilor sînt *congenere*, ele fiind explicate „ca produsul unei perturbări a familiei totale" (M. Bowen, 1975, p. 370). Prin aceasta, psihoterapia de familie extinde cadrul înţelegerii bolii psihice de la individ la contextul relaţiilor sale familiale, subliniind legătura etiopatogenetică dintre disfuncţiile familiale şi simptomatologia individuală. În acest cadru, psihoterapia de familie creează premisele completării necesare a diagnosticului psihiatric tradiţional, cu elemente de ordin interacţional.

Una din insuficienţele diagnosticului nosografic, individual, este inoperanţa sa din punctul de vedere al terapiei, faptul că el nu include în sine indicaţii specifice pentru alegerea mijloacelor de tratament. Decentrarea demersurilor diagnostico-terapeutice de la abordarea individuală la o abordare interacţională, dinamică, are drept consecinţă orientarea acţiunii terapeutice spre modificarea simultană a stării pacientului şi a relaţiilor lui familiale.

Psihoterapia de familie se situează într-o antiteză stimulatoare faţă de psihiatria tradiţională şi *sub aspectul obiectivelor acţiunii terapeutice*. Spre deosebire de psihiatrie, care se centrează asupra aspectelor *patologice şi individuale* în special, psihoterapia de familie îşi focalizează investigaţiile şi acţiunile atît asupra *aspectelor restant-indemne* ale personalităţii pacientului, cît şi asupra membrilor sănătoşi ai familiei. Acest demers terapeutic se sprijină pe premisa că membrii familiei vor să fie răspunzători şi utili unul celuilalt şi că pentru a transforma atmosfera familială, din psihopatogenă în sanogenetică, este mai eficient să te sprijini pe un grup de membri sănătoşi ai familiei, decît pe forţele bolnavului. O astfel de orientare reflectă un nou aspect al contribuţiei originale a psihoterapiei de familie şi impune „redefinirea fundamentală a însăşi sarcinii terapeutice" (J. Kovel, 1976, p. 184).

Noua atitudine față de diagnosticul și terapia bolilor psihice, pe care o imprimă psihoterapia de familie, atrage după sine o *modificare de atitudine față de responsabilitatea medicală*. Din această perspectivă, psihiatrul nu poate să-și considere îndeplinite atribuțiile medicale dacă se ocupă numai de remisiunea simptomatologiei individuale, demersurile sale psihoterapeutice trebuie să se extindă de la pacientul identificat la ceilalți membri ai familiei. Necesitatea acestei reorientări a responsabilității terapeutice este argumentată de existența fenomenelor de *contagiune emoțională și balans simptomatic* în familiile bolnavilor psihici și de fenomenul de *rezistență familială* față de ameliorarea simptomatică a bolnavului tratat.

Psihoterapia de familie preconizează necesitatea ca modificarea terapeutică a proceselor intrapsihice ale individului să fie însoțită de modificarea sanogenetică a patternurilor sale de relaționare cu persoanele cu care el este în mod real interactiv. Situîndu-se pe această poziție, psihoterapia de familie își exprimă adeziunea teoretico-terapeutică față de adevărul legic că: „patternurile de interacțiune în care intră oamenii sînt... legate de dinamicile lor individuale" (E. T. Gendlin, 1975, p. 286). În virtutea integrării acestei concepții, psihoterapia de familie abordează *familia cu pacient*, ca *familie-pacient*, acționînd simultan asupra nivelului individual-intrapsihic și interpersonal-relațional al organizării personalității bolnavului. Prin rezultatele sale terapeutice, psihoterapia de familie demonstrează că nu numai individul, ci și relațiile sale sînt patologice și că fenomenele de psihopatologie individuală și familială sînt laturi complementare ale unor procese sistemice și psihosociale, complexe și dinamice.

Aserțiunile de mai sus se cer completate cu precizarea că din punct de vedere gnoseologic, opoziția dintre *modelul medical* al bolii psihice și *modelul familial*, elaborat din perspectiva psihoterapiei de familie, nu este absolută. În psihiatria contemporană, nosografia (ca produs al unei importante etape de cunoaștere) continuă să reprezinte un sistem de referință fundamental. Înțelegerea persoanei bolnave din perspectiva familiei reclamă însă relativizarea reperelor semiologice și nosografice, prin integrarea lor într-un model explicativ mai complex și mai dinamic.

Modelul familial nu susține renunțarea la ideea de „individ-pacient", ci impune abordarea acestuia ca subsistem al sistemului familial, ca termen al unor complexe raporturi supraordonate. Procesualitatea intrapsihică este doar o ipostază a personalității individului bolnav. Explorarea ei prin prisma nosografiei și semiologiei se cere completată prin investigația specifică a structurilor mai complexe care o includ și cu care interacționează, structuri superior organizate de natură interpersonală. Sub aspect practic, clinic, adeziunea la acest model explicativ se concretizează în faptul că „sarcina terapeutului de familie este de a modifica relațiile perturbate între membrii familiei, astfel încît să facă să dispară comportamentul simptomatic" (V. D. Foley, 1978, p. 460).

Prin integrarea sintetică a unor paradigme de gîndire sistemică și psihosocială, concepția familială consideră că atunci cînd explicăm cazul psihiatric, nu trebuie să ne limităm la o imagine statică (pe care nosografia o facilitează), ci să trecem fără încetare de la individ, ca ansamblu de trăsături, conduite, simptome etc. la relațiile sale interpersonal-familiale, și invers. Din acest punct de vedere devine explicit faptul că modelul medical al bolii psihice și modelul interpersonal-familial se află într-o relație de complementaritate, cu reale valențe epistemologice și practic-terapeutice.

3. Aplicaţii ale psihoterapiei de familie în clinică

Adeziunea la modelul familial-sistemic al înţelegerii bolii psihice şi la postulatul interacţiunilor complexe dintre familie şi individ în situaţia de boală constituie fundamente ale abordării prin psihoterapie de familie a oricărei entităţi nosografice din psihiatrie. Mai mult, recunoaşterea rolului stressant al bolii asupra familiei şi a necesităţii restructurării relaţiilor familiale în funcţie de membrul bolnav justifică instituirea psihoterapiei de familie şi în unele afecţiuni psihosomatice, neurologice sau în cazurile unor familii confruntate cu o boală ce prezintă o evoluţie fatală.

Prin focalizarea asupra modificării terapeutice a relaţiilor individ-familie, psihoterapia de familie se înscrie, de asemenea, în cadrul orientării profilactice a medicinei contemporane, a cărei „sferă de interese se deplasează din ce în ce mai mult de la afecţiunile psihice majore către cele minore, de la formele grave, infirmizante către cele fruste, incipiente, de la asistenţa de tip instituţional către cea ambulatorie" (St. Milea şi col., 1978, p. 25).

3.1. *Psihoterapia de familie în schizofrenii* a luat naştere şi s-a dezvoltat din activitatea psihiatrilor care au intuit rolul factorilor psihologici familiali în apariţia psihozelor discordante şi au căutat, ca prin studii sistematice, să descopere etiologia familială a acestor tulburări. Fără a ajunge la rezultate elocvente, aceste cercetări au determinat o „mutaţie" de la efortul de a descifra *etiologia* psihozelor discordante la examinarea impactului relaţiilor familiale asupra *evoluţiei* pacientului schizofren. Deşi ipoteza după care modificarea sistemelor familiale patologice ar fi susceptibilă de a determina reversibilitatea proceselor discordante a fost infirmată, clinica schizofreniilor a continuat să constituie domeniul de elecţie al aplicării psihoterapiei de familie. Aceasta deoarece numeroase cercetări au demonstrat că „indiferent de sistemul teoretic adoptat şi de tehnicile utilizate, psihoterapia de familie poate modifica pozitiv evoluţia pacienţilor schizofreni aflaţi sub tratament farmacologic de întreţinere" (J. A. Doane şi col., 1981, p. 679).

Starea afectivă a familiei şi influenţa acesteia asupra evoluţiei pacientului identificat a fost ilustrată şi prin cercetarea ratei recăderilor. Astfel, s-a subliniat faptul că „atmosfera emoţională din mediul familial este cel mai bun predictor al recidivei după tratamentul pentru o schizofrenie floridă" (G. W. Brown şi col., 1972, p. 256). Acest fapt a fost ilustrat de studiile efectuate atît asupra pacienţilor discordanţi, externaţi după remisiunea simptomatologiei acute, cît şi asupra familiilor acestora. Astfel, C. S. Vaughn şi J. P. Leff (1976) au demonstrat că rata decompensării la pacienţi care convieţuiau cu rude ce manifestau o „expresie emoţională negativă intensă" *(high-EE)* a fost de 92%, comparativ cu numai 15%, la pacienţi care s-au întors după externare în familii cu „expresie emoţională redusă" *(low-EE)*. Acest rezultat a putut fi modificat prin instituirea psihoterapiei de familie la pacienţii din prima categorie, astfel încît s-a putut obţine reducerea la jumătate a ratei decompensărilor. De asemenea, s-a constatat că prin combinarea medicaţiei fenotiazinice cu reducerea contactului dintre pacienţi şi rudele ce prezentau *high-EE* s-a putut obţine o rată a decompensărilor aproape tot atît de redusă, ca şi aceea a pacienţilor din familii *low-EE*.

Astfel de studii nu numai că demonstrează caracterul necesar al investigaţiei şi psihoterapiei familiei cu un pacient schizofren, ci sugerează şi cîteva strategii terapeutice importante. Dintre acestea, reţinem oportunitatea reducerii contactului dintre pacientul discordant şi membrii familiei sale care prezintă sentimente şi atitudini intens negative *(high-EE)* şi necesitatea iniţierii active de schimbări la nivelul sistemului familial, care să ducă la diminuarea expresiei emoţionale excesive şi a atmosferei tensionate.

Aplicîndu-se psihoterapia de familie în postcura unor pacienţi discordanţi, s-a demonstrat de asemenea că „medicaţia fenotiazinică însoţită de tratament familial joacă un rol semnificativ în diminuarea ratei decompensărilor la schizofreni tineri, după externare" (M. J. Goldstein, 1981, p. 33). Comparativ cu pacienţii trataţi exclusiv psihofarmacologic, pacienţii psihotici tineri integraţi în psihoterapie de familie au prezentat o simptomatologie reziduală mai discretă, în special sub aspectul aplatizării afective şi izolării sociale.

În cursul psihoterapiei de familie au fost semnalate efecte terapeutice specifice şi nespecifice. *Efectele terapeutice specifice* au constat în menţinerea ameliorărilor simptomatice în sfera ideativă. S-a arătat astfel că, spre deosebire de pacienţii care au fost incluşi în psihoterapie de familie, ceilalţi, deşi trataţi cu doze mari de fenotiazine, au înregistrat o recidivă a ideaţiei delirante, într-un interval de numai şase luni de la externare. *Efectele nespecifice ale psihoterapiei de familie* (concretizate în reducerea simptomelor afective, ca izolarea, depresia postpsihotică şi anxietatea din faza postacută a schizofreniei) au fost consecinţa menţinerii relaţiei terapeut-pacient-familie şi a intervenţiei psihoterapeutice orientate spre diminuarea tensiunii emoţionale familiale.

Psihoterapia de familie în schizofrenii beneficiază în prezent de progrese importante datorate preluării şi integrării în procesul terapeutic a unor *metode şi tehnici din psihoterapia comportamentală*. În acest sens, s-a relevat importanţa programelor educative destinate familiilor cu un pacient psihotic, ce conţin informaţii necesare despre natura bolii, caracteristicile evoluţiei acesteia, importanţa tratamentului farmacologic, prognosticul pacientului şi atitudinile familiale susceptibile de a contribui la ameliorarea şi reinserţia socială a pacientului schizofren. Astfel, în unele programe terapeutice speciale destinate familiilor cu un copil schizofren au fost incluse, alături de intervenţiile educative sistematice, tehnici de modificare a comportamentului, de antrenament al comunicării intrafamiliale normale şi metode de rezolvare a problemelor. Intervenţiile focalizate asupra proceselor de comunicare au vizat îmbunătăţirea expresiei emoţionale pozitive, învăţarea membrilor familiei cu privire la comunicarea verbală clară şi formularea explicită a unor dorinţe sau solicitări specifice, învăţarea ascultării active a mesajelor verbale care li se adresează şi potenţarea aptitudinilor sociale. În acelaşi sens, au fost iniţiate intervenţii psihoterapeutice specifice care au avut ca scop reducerea stressului familial prin însuşirea sistematică a unor metode de *problem solving* care au cuprins identificarea adecvată a problemelor familiale, analiza strategiilor alternative de rezolvare a problemelor, evaluarea consecinţelor posibile ale unor decizii familiale, elaborarea unor planuri de realizare a scopurilor adoptate.

Prin combinarea consilierii familiale cu metodele de modificare a comportamentului şi a unor tehnici specifice psihoterapiei de familie s-a

realizat intensificarea suportului terapeutic al membrilor familiei, diminuarea stressului prin îmbunătățirea proceselor de comunicare și controlul sistematic al medicației de întreținere. Se consideră că prin asocierea acestor procedee psihagogice și psihoterapeutice se realizează „reducerea semnificativă a ratei recidivelor la pacienții schizofreni, concomitent cu creșterea potențialului sanogenetic și a funcționării normale a familiei" (I. R. H. Falloon, 1981, p. 54).

3.2. *Psihoterapia de familie în psihozele afective.* Abordarea psihoterapeutică familială a pacienților cu psihoze afective (uni- sau bipolare) are ca premise : — eșecurile repetate ale psihoterapiei individuale (efectuate chiar în perioade intercritice) la acești pacienți; — observația că majoritatea reinternărilor pacienților cu psihoze afective se datorează noncomplianței la medicație; — faptul că cel puțin 20% din pacienții diagnosticați ca avînd o psihoză afectivă nu reacționează la nici unul din tratamentele farmacologice cunoscute; — observația comună conform căreia efectele acestei boli au un profund impact psihologic asupra membrilor familiei, cei mai mulți dintre pacienții depresivi psihotici prezentînd eșecuri de integrare sociofamilială și un înalt potențial suicidar.

Pe baza acestor premise și a cunoașterii particularităților tabloului clinic și ale evoluției psihozelor afective, au fost inițiate programe terapeutice destinate cuplurilor conjugale cu un pacient bipolar. Acest mod de abordare a oferit soluții terapeutice multor probleme insolubile într-o relație terapeutică medic-bolnav, focalizată asupra medicației. Astfel, s-a constatat că angajarea partenerului conjugal în procesul terapiei duce la îmbunătățirea complianței față de medicație, prin contracararea tendinței bolnavului de a modifica prescripția sau de a nu-și administra medicamentul. De asemenea, s-a constatat o reducere a anxietății legate de exprimarea emoțiilor negative și o creștere semnificativă a comunicării empatice dintre parteneri. Desfășurarea psihoterapiei în mod simultan cu mai multe cupluri cu un partener bipolar a avut ca efect suportul membrilor în confruntarea cu situația dificilă de a fi „stigmatizați" de o boală considerată genetică și încurajarea comportamentelor sociale dezirabile.

Combinarea psihoterapiei de familie cu tratamentul de menținere cu carbonat de litiu a dus la demonstrarea avantajelor acestei modalități terapeutice comparativ cu terapia psihotropă. Astfel, într-un studiu de urmărire pe o durată de patru ani, pacienții „nu au prezentat decompensări și nici fenomene de dezorganizare familială" (Yolande Davenport, 1981, p. 141). Și alte studii ilustrează că bolnavii care au beneficiat de terapie combinată (litu + psihoterapie de familie), spre deosebire de cei tratați exclusiv psihofarmacologic, au prezentat o reducere a ratei decompensărilor, a actelor suicidare și a dezorganizării familiale.

Studiile de acest tip ilustrează eficiența psihoterapiei de familie într-una din entitățile nosografice psihiatrice cu incidență crescută, evoluție ciclică și cu consecințe severe asupra pacientului și familiei sale, oferind tratamentului farmacologic exclusiv și psihoterapiilor tradiționale un model alternativ de tratament combinat, care prin rezultatele sale incită la reflexie și adoptare.

— *Psihoterapia de familie în psihozele depresive la mame.* Din perspectiva igienei psihice și psihoprofilaxiei, problema bolii psihice la mame în perioada primilor ani de viață a copiilor reprezintă o preocupare de importanță majoră. Semnificația problemei rezidă în impactul psihologic

hotărîtor al primelor relaţii mamă-copil şi în efectul de diminuare, pe care boala psihică severă îl are, asupra aptitudinilor şi conduitelor de maternaj.

Studiile asupra acestei probleme au demonstrat că depresia maternă, care survine mai ales în timpul primilor doi ani de viaţă ai unui copil, este asociată cu o tendinţă crescută spre depresie psihică a acestuia. Totodată, studiile psihologice efectuate asupra copiilor cu mame depresive au ilustrat că aceştia „prezintă întîrzieri în dezvoltarea intelectuală, tulburări prosexice şi imaturitate emoţională" (B. Cohler şi col., 1977, p. 133), ceea ce a determinat iniţierea unor programe psihoterapeutice speciale destinate mamelor cu depresie severă şi copiilor lor.

Principalele obiective ale programelor de învăţare şi psihoterapie au fost:

— sprijinul mamei şi copilului în a-şi stabiliza viaţa de zi cu zi prin asigurarea complianţei la medicaţie, care să prevină respitalizările şi prin asigurarea unui program riguros zilnic al interacţiunilor mamă-copil;

— sprijinul mamei în a stabili o relaţie afectivă reciprocă cu copilul prin învăţarea unui pattern de îngrijire a acestuia, corespunzător ritmului şi nevoilor sale bazale;

— sprijinul mamei în a-şi clarifica propriile nevoi afective, pentru ca asigurînd satisfacerea lor, să devină aptă de angajarea afectuoasă în relaţia cu copilul;

— descoperirea şi sprijinul activităţilor comune ale copilului şi mamei, care oferă acesteia sentimente de satisfacţie, relaxare şi bună dispoziţie;

— sprijinul mamei, prin şedinţe individuale şi de grup, orientate spre conştientizarea şi acceptarea sentimentelor sale ambivalente faţă de copil.

Prin urmărirea sistematică a acestor obiective s-a evidenţiat realismul metodei abordării familiale a depresiilor psihotice la mame şi necesitatea extinderii acestui mod de abordare, în scopul prevenirii tulburărilor severe în dezvoltarea psihică a copiilor expuşi riscului de îmbolnăvire printr-o relaţie mamă-copil nesatisfăcătoare. Devine evident faptul că cel mai eficient tratament în astfel de situaţii constă în asocierea terapiei mamei cu psihoterapia intensivă centrată asupra relaţiilor ei cu copilul. În acest mod, se obţine modificarea terapeutică a „cercului vicios al relaţiilor mamă-copil, întrucît ameliorarea simptomelor mamei duce la o mai bună îngrijire a copilului, care devine simultan mai uşor de îngrijit şi mai sănătos" (Judith S. Musick şi col., 1981, p. 118).

3.3. *Psihoterapia de familie în alcoolism.* Identificarea unor patternuri familiale specifice în alcoolism şi necesitatea unor intervenţii familiale adecvate constituie o preocupare relativ nouă a psihoterapeuţilor de familie. Această abordare este argumentată de observaţia constantă că, indiferent de sistemul familial, alcoolismul constituie un stress major asupra membrilor individuali ai familiei, ca şi asupra familiei ca întreg.

Relaţia psihopatogenă dintre alcoolism şi familie prezintă un dublu aspect. a) Pe de o parte, comportamentul alcoolicului interferează cu îndeplinirea normală a sarcinilor familiale, generează conflicte şi necesită din partea membrilor familiei răspunsuri adaptative la o situaţie anormală. De asemenea, evoluţia alcoolicului (spre deteriorare cognitivă, degradare socioprofesională şi îmbolnăvire somatică) creează permanent perturbări în structura şi funcţionarea familiei, generînd frecvent situaţii de criză în relaţiile intrafamiliale. b) Pe de altă parte, conflictele conjugale şi familiale pot deveni ele însele factori cu efect psihopatogen asupra alcoolicului prin evocarea, exacerbarea sau menţinerea conduitei adictive „ca

simptom al disfuncţiei sistemului familial, ca mecanism de evitare a tulburărilor familiale şi ca o consecinţă a stilului familial disfuncţional, a regulilor şi patternurilor abuzului de alcool" (E. M. Pattison, E. Kaufman, 1981, p. 207).

Psihoterapia de familie în alcoolism are ca obiectiv prioritar întreruperea patternului consumului de alcool prin antrenarea întregii familii în procesul de iniţiere a dezintoxicării. Ea se bazează pe motivaţia pozitivă şi resursele sanogenetice ale membrilor sănătoşi ai familiei şi mai puţin pe disponibilităţile de schimbare terapeutică ale alcoolicului.

Intervenţiile terapeutice familiale în cazurile de alcoolism se sprijină pe tehnici de evitare sau minimalizare a conflictelor manifeste, redefinirea şi consolidarea unor relaţii normale de rol, precum şi pe unele modificări ale tehnicilor de psihoterapie de familie în sensul adaptării lor la specificul problemelor puse de abuzul de alcool. În această direcţie se înscriu hiperimplicarea terapeutului în viaţa familiei alcoolicului şi utilizarea istoriei familiale cu evitarea sistematică a blamului, culpabilizării sau încurajării sentimentelor de disperare şi abandon. De asemenea, un rol important revine evidenţierii patternurilor familiale repetitive, ca aspecte neadaptative ale răspunsului familiei la conduita adictivă.

Incidenţa îngrijorător de crescută a alcoolismului în populaţia generală, „estimată între 5 şi 10%" (D. I. Davis, 1981, p. 233), precum şi instituirea acestei tulburări ca factor de rise în raport cu descendenţii, impun o mai directă implicare în rezolvarea autentică şi de durată a dependenţei de alcool şi a perturbărilor familiale corelate cu aceasta. Sub acest unghi, se evidenţiază necesitatea completării studiilor de caz şi a psihoterapiilor de familie iniţiate la un număr redus de cazuri cu programe terapeutice ample, cu o metodologie riguroasă şi o eficienţă curativă extinsă asupra unui număr cît mai mare de familii confruntate cu abuzul sau dependenţa de alcool.

4. Combinarea psihoterapiei de familie cu psihofarmacologia; implicaţii asupra muncii de echipă psihiatru-psiholog în clinică

Evoluţia gîndirii psihiatrice şi progresele înregistrate în domeniile psihofarmacologiei şi psihoterapiei au demonstrat că formularea problemei relaţiei dintre tratamentul medicamentos şi terapiile psihologice în termenii opţiunii exclusive pentru unul sau altul din procedeele terapeutice este un mod eronat de abordare şi generează false soluţii. Actualmente, în abordarea concretă a situaţiei clinice nu se pune întrebarea asupra valorii teoretice a uneia sau alteia dintre cele două metode terapeutice. Dimpotrivă, ideea electivităţii unei metode este înlocuită cu aceea a oportunităţii aplicării ei, a condiţiilor şi factorilor în care psihoterapia de familie şi psihofarmacologia îşi potenţează sau îşi completează reciproc efectele. Acest mod realist de reformulare a problemei relaţiei dintre terapia psihotropă şi phihoterapie are la bază acceptarea axiomei că evoluţia tulburărilor psihopatologice majore este influenţată atît de factori biologici, cît şi de factori psihologici.

Din această perspectivă, se evidenţiază *principalele dimensiuni ale interacţiunii dintre cele două metode* şi implicit, relaţiile de complementaritate dintre terapia psihotropă şi psihoterapia de familie. În acest context,

s-a evidenţiat faptul că *cele două mijloace terapeutice produc modificarea diferenţiată a manifestărilor clinice*. În timp ce medicaţia psihotropă acţionează asupra unor simptome bine circumscrise, în fazele acute ale bolii pacientului identificat, psihoterapia de familie îşi demonstrează eficienţa în controlul unor tulburări cu caracter difuz, profund legate de ansamblul personalităţii pacientului şi de relaţiile sale interpersonale şi familiale. Sub acest unghi, analiza cazurilor proprii confirmă faptul că psihoterapia de familie „este posibilă numai datorită controlului prin medicaţie al principalelor aspecte distructive şi major perturbatoare ale bolii" (J. M. Davis, J. O. Cole, 1976, p. 1921).

În acelaşi timp, experienţa combinării celor două modalităţi terapeutice a evidenţiat faptul că *psihoterapia de familie poate produce modificări în evoluţia intercritică a pacientului*, în calitatea remisiunii, mai ales sub aspectul ameliorării relaţiilor interpersonale şi al adaptării sociale şi şcolare, zone în care eficienţa terapiei psihotrope este discretă şi nespecifică.

Combinarea psihofarmacologie-psihoterapie duce la o modificare a responsabilităţii echipei terapeutice, prin creşterea nivelului de aspiraţie în legătură cu eficienţa actului medical. În acest sens, adăugarea psihoterapiei de familie la medicaţia psihotropă are semnificaţia opţiunii pentru *extinderea efectelor terapeutice de la scopul remisiunii simptomatice la ameliorarea unor aspecte* structural-personologice mai complexe ale pacientului şi familiei sale. Extinderea şi nuanţarea intervenţiei terapeutice asupra „simptomelor-ţintă" are ca efect individualizarea la maximum a demersului ortotimizant, de recuperare şi reinserţie socială a pacientului identificat şi de reluare la parametri normalizaţi a procesului de dezvoltare a personalităţii bolnavului.

Din punctul de vedere al stadializării bolii psihice menţionăm caracterul prioritar al administrării medicaţiei în faza acută a bolii, psihoterapiei de familie revenindu-i rolul investigaţiei implicaţiilor familiale în debutul şi potenţarea simptomatologiei, intervenţia suportivă adresată familiei în situaţia de „criză" şi asigurarea complianţei faţă de medicaţie. Pe măsura remisiunii simptomelor acute, rolul psihoterapiei de familie creşte, obiectivele sale terapeutice trecînd în prim planul intervenţiilor. Corectarea disfuncţiilor familiale susceptibile de a dezvolta simptomatologia pacientului contribuie nu numai la *menţinerea şi potenţarea* efectelor terapeutice ale medicaţiei psihotrope, ci şi la *obţinerea unor modificări psihologice diferite calitativ de cele induse prin psihotrope*.

Prin modificarea ponderii relative a celor două modalităţi terapeutice (de la prioritatea terapiei psihotrope şi intervenţia familială minimă în faza acută, la administrarea unor doze minime de neuroleptice cu intensificarea psihoterapiei de familie, în faza de remisiune sau intercritică) se realizează deci nu numai *potenţarea reciprocă* a efectelor terapeutice, ci şi *completarea tabloului clinic al remisiunii*, cu modificări terapeutice calitativ noi, imposibil de realizat prin aplicarea exclusivă a fiecărei metode.

Psihofarmacologia şi psihoterapia de familie se adresează unor *niveluri diferite ale organizării personalităţii pacientului*. Terapia psihotropă are ca obiectiv modificarea aspectelor *patologice ale personalităţii pacientului considerat izolat*. Sub acest unghi, pacientul este abordat ca entitate distinctă, purtătoare a patologiei psihiatrice, iar medicaţia psihotropă utilizează *mecanisme de acţiune de natură biologică*. În mod complementar, psihoterapia de familie abordează bolnavul ca subsistem al sis-

temului familial, în care tulburările psihice ale membrului simptomatic şi cele subclinice ale aparţinătorilor sînt considerate congenere şi interdependente. Interpretînd manifestările psihopatologice ca produsul unor perturbări la nivelul familiei ca întreg, psihoterapia de familie vizează încă din investigaţia anamnestică, legăturile etiopatogenice dintre disfuncţiile familial-interpersonale şi simptomele pacientului. *Mecanismele de acţiune* ale psihoterapiei de familie sînt, în consecinţă, *de natură psihosocială*, iar obiectivele ei vizează nivelul relaţional, interpersonal al integrării personalităţii pacientului.

Sub acest unghi, combinarea terapiei psihotrope cu psihoterapia de familie valorifică practic *relaţia de unitate dialectică dintre psihodinamica individuală* şi *patternurile de interacţiune* în care este inclus pacientul identificat. În virtutea acestei relaţii legice, modificarea terapeutică a proceselor intrapsihice (şi implicit ameliorarea simptomatică sub influenţa psihotropelor) necesită completarea cu intervenţii terapeutice la nivel familial, care să producă schimbarea sanogenetică a patternurilor de relaţionare dintre pacient şi persoanele semnificative cu care se află în continuă interacţiune.

Experienţa noastră a demonstrat în mod convingător că prin *combinarea celor două modalităţi terapeutice se asigură acţiunea lor conjugată şi aditivă* asupra nivelului individual-intrapsihic şi asupra celui interpersonal-relaţional al personalităţii pacientului, aceasta argumentînd aserţiunea iniţială că fenomenele de psihopatologie individuală şi cele familiale sînt *laturi complementare ale unor procese unice*, de natură sistemică şi psihosocială, cu un pregnant caracter dinamic.

Din perspectiva activităţii practice şi a integrării în munca de echipă psihiatru-psiholog, consideraţiile asupra combinării terapiei psihotrope cu psihoterapia de familie au *profunde implicaţii în definirea rolului şi statutului de psiholog clinician*. Sub acest unghi devine evident că domeniul psihologiei şi psihoterapiei de familie, prin bogăţia sa fenomenologică şi prin multitudinea problemelor şi situaţiilor practice care solicită asistenţă calificată, demonstrează în mod pregnant rolul esenţial al psihologului în rezolvarea unor probleme fundamentale ale bolnavului psihic şi familiei sale.

Bibliografie

Ackerman, N. W., Behrens Marjorie, *Family Diagnosis and Clinical Process*, în : *American Handbook of Psychiatry* (S. Arieti ed.) New York, Basic Books, 1974, vol. I, 31—52.

Anthony, E. J., Benedek, T. (eds.), *Depression and Human Existence*, Boston, Little, Brown, 1975.

Bowen, M., *Family Therapy after Twenty Years*, în : *American Handbook of Psychiatry* (S. Arieti ed.), New York, Basic Books, 1975, vol. V, 367—392.

Brown, G. W., Birley, J. L. T., Wing, J. R., *Influence of family life on the course of schizophrenic disorders : A replication*, „Br. J. Psychiatry", 1972, 121, p. 241—258.

Cohler, B. et al., *Disturbance of attention among schizophrenic, depressed and well mothers and their young children*, „J. Child Psychol. Psychiatry", 1977, 18, p. 115—135.

Davenport, Yolande, *Treatment of the Married Bipolar Pacient in Conjoint Cuples Psychotherapy Groups*, in : *Family Therapy and Major Psychopathology* (M. R. Lansky ed.), New York, London, Grune-Stratton, 1981, p. 123—144.

Davis, D. I., *Special Problems in Family Therapy Posed by Alcohol Abuse*, în : *Family Therapy and Major Psychopathology* (M. R. Lansky, ed.), New York, London, Grune-Stratton, 1981, p. 231—248.

Davis, J. M., Cole, J. O., *Antipsychotic Drugs*, în : *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, A.M. Freedman, H. I. Kaplan, B. J. Sadoc, eds. Baltimore, Williams-Wilkins, vol. II, p. 1921—1941.

Doane, J. A. et al., *Parental Communication Deviance and Affective Style*, „Arch. Gen. Psychiatry", 1981, 38, p. 679—685.
Falloon, I. R. H., *Communication and Problem-Solving Skills Training with Relapsing Schizophrenics and Their Families*, în : *Family Therapy and Major Psychopathology* (M. R. Lansky ed.), New York, London, Grune-Stratton, 1981, p. 35—56.
Foley, V. D., *Family Therapy*, în : *Current Psychotherapies* (R. J. Corsini et al. eds.), Itasca, Ilinois, F. E. Peacock Publishers, 1978, p. 460—499.
Gendlin, E. T., *The Newer Therapies*, (n : *American Handbook of Psychiatry* (S. Arieti, ed.), New York, Basic Books, 1975, vol. V, p. 268—289.
Goldstein, M. J., *Family therapy during the aftercare treatment of acute schizophrenia* în : *The Psychotherapy of Schizophrenia*" (J. Strauss et al., eds.), Plenum Press, New York, 1981.
Haley, J., *Family Therapy*, în : *Comprehensive Textbook of Psychiatry* (A. M. Freedman, H. I. Kaplan, B. J. Sadock eds.), Baltimore, Williams-Wilkins, 1976, p. 1881—1886.
Ionescu Aurelia, *The family of the schizophrenic patient — a clinicat psychologicat study from the family therapy point of view*, „Revue roumaine des sciences sociales. Serie Psychologie" 1983, 27, 1, p. 73—86.
Ionescu, Aurelia, *The Psychiatric Patient's Family and its Psychological Problems*, „Revue Roumaine des Sciences Sociales, Série de Psychologie", 1984, 28, 2, p. 153—166.
Ionescu, G., Predescu V., *Family Psychotherapy — The Pattern of Group Psychotherapy*, în : „Psychiatry — the Vth, World Congress of Psychiatry". Mexico, 1971, p. 434—438.
Kovel, J., *A Complete Guide to Therapy. From Psychoanalysis to Behavior Modification*, New York, Pantheon Books, 1976.
Milea St. şi col., *Chestionar-screening aplicabil în studiile de epidemiologie a bolilor psihice la populaţia infantilă din mediul urban*, „Neurologie, Psihiatrie, Neurochirurgie", 1978, 23, 1, p. 25—37.
Musick, Judith et al., *Posthospital Treatment for Psychotic Depressed Mothers and Their Young Children*, în : *Family Therapy and Major Psychopathology* (M. R. Lansky ed.), New York, London, Grüne-Stratton, 1981, p. 91—121.
Pattisson, E. M., *Social Systems Psychotherapy*, în : *The Psychotherapy Handbook* (R. Herink, ed.), New York, American Library, 1980, p. 624—628.
Pattisson, E. M., Kaufman, E., *Family Therapy in the Treatment of Alcoholism*, în : *Family Therapy and Major Psychopathology* (M. R. Lansky, ed.), New York, London, Grüne-Stratton, 1981, p. 203—230.
Satir, Virginia, *Conjoint Family Therapy*, Palo Alto, California, Science and Behavior Books, 1967.
Vaughn, C. E., Leff, J. P., *The influence of family and social factors on the course of psychiatric illness : A comparison of schizophrenic and depressed neurotic patients*, „Br. J. Psychiatry", 1976, 129, p. 125—137.

C. Consilierea psihologică

1. Evoluţia şi diferenţierea conceptului de consiliere psihologică

Consilierea — mergînd de la simpla „sfătuire" pînă la folosirea persuasiunii şi a sugestiei — a fost utilizată, în mod empiric, din cele mai vechi timpuri. Au folosit-o şi o folosesc încă : părinţii faţă de copiii lor, mai vîrstnicii faţă de cei tineri, învăţătorii şi profesorii faţă de elevi, medicii la solicitarea pacienţilor, în general, cei cu o experienţă de viaţă mai bogată şi cunoştinţe mai numeroase, în relaţiile lor cu cei mai puţin experimentaţi şi cunoscători în problemele vieţii.

Întrebuinţarea sistematică, organizată şi instituţionalizată a consilierii psihologice *(psychological counseling)* este însă de dată mai recentă. Ea îşi are originile în mişcarea de orientare profesională *(vocational guidance)* care începe să se dezvolte în deceniul premergător primului război mondial (Kiton, 1958 — apud A. Anastasi, 1979, cap. 15, R. M. Goldenson, 1970, p. 267—270). Biroul de „consiliere a părinţilor şi tinerilor în alegerea profesiei", înfiinţat de Stocker în Elveţia, la Basel, în 1917 (cf. C. Botez, 1971, p. 113) şi cel creat de Parsons în S.U.A., la Boston, în 1908 *(Vocational Bureau)* pentru consilierea adolescenţilor în alegerea profesiei po-

trivite cu aptitudinile lor (H. Parsons, *Choosing a vocation*, London, 1909), precum și cele înființate de Christiaens și Decroly în Belgia, la Bruxelles, în 1912 și de Chaintreau la Paris și de Claparède și Bovet la Geneva, în anii imediat următori — sînt primele de acest gen din lume și ele vor constitui germenii din care se va dezvolta, între cele două războaie mondiale, o vastă rețea de instituții dedicate orientării profesionale, consilierii vocaționale (Piéron, 1960, I, p. 342—343; Reuchlin, 1971, I, p. 41; S. Boyer, în Lafon, 1973, p. 614—616).

Conceptul de consiliere s-a extins însă treptat asupra unei largi varietăți de probleme umane, sub presiunea necesităților și a solicitărilor crescînde de asistență specializată, în școlile de toate gradele, în instituții și întreprinderi, în armată, spitale, centre de recuperare etc.

Pînă în 1945, domeniul psihologiei consilierii se dezvoltase în așa măsură în Statele Unite ale Americii încît a devenit o secție separată a Asociației Psihologilor Americani (APA) — *Division of Counseling Psychology* — alături de cele de psihologie clinică, psihologie școlară și psihologie educațională (Anastasi, 1979, p. 400; Goldenson, 1970, p. 267), iar în 1969, conform unei statistici (Jones, 1969), 11 % din totalul psihologilor americani lucrau în acest domeniu, psihologia clinică, psihologia consilierii, psihologia școlară și educațională întrunind împreună 63 % din totalul psihologilor (37 % psihologia clinică, plus 26 % psihologia consilierii, psihologia școlară și cea educațională) (cf. Hilgard et al., 1971, p. 11).

În funcție de domeniile și de problematica în care este utilizată în mod specific metoda consilierii, se disting mai multe tipuri sau categorii de consiliere, dintre care cele mai cunoscute sînt: consilierea școlară și educațională; consilierea vocațională (de orientare profesională); consilierea salariaților *(employee counseling)* pentru probleme profesionale și personale; consilierea recuperatorie *(rehabilitation counseling)* a handicapaților fizici și psihici; consilierea geriatrică *(old-age counseling)*; consilierea matrimonială; consilierea familială și consilierea cu privire la problemele afective, la atitudinile și relațiile interpersonale, la problemele adaptative în general, care este considerată ca un tip aparte de consiliere dar care de fapt intervine, în mai mare sau mai mică măsură, în toate celelalte.

Acest ultim tip de consiliere, denumită *consiliere personală sau consiliere terapeutică* ridică, în mai mare măsură decît celelalte, probleme de adecvare a demersului la complexitatea problematicii consiliatului și la particularitățile de structură și dinamică ale personalității acestuia, procesul de consiliere dobîndind, în practică, trăsături caracteristice (diferențiate în funcție de acestea) privind gradul de directivitate — nondirectivitate, de activism al consilierului, de orientare asupra simptomelor sau asupra personalității consiliatului, a situației problematice actuale sau a rădăcinilor sale biografice mai depărtate etc.

Consilierea personală sau *terapeutică*, ocupîndu-se de probleme relaționale, adaptative și afective, se situează de fapt în zona de interferență dintre psihologia consilierii *(stricto sensu)* și psihologia clinică, ea continuînd tradițiile psihologiei vocaționale de la începutul secolului, dar în și mai mare măsură pe cele ale „clinicilor psihologice", de tipul celei a lui Witmer („Psychological Clinic", 1896) și a centrelor de îndrumare infantilă (Child guidance), de protejare a copiilor și adolescenților și de psihopedagogie medico-socială, create apoi în S.U.A., Anglia, Franța și alte țări, cu scopul de a contribui la ameliorarea adaptării copiilor și tinerilor

la mediul înconjurător, ajutîndu-i să-şi rezolve problemele afective şi sociale, de cele mai multe ori nu prin sfaturi directe şi precise, nu prin oferirea soluţiilor acestor probleme, ci prin sprijinul, prin asistenţa acordată, pentru ca aceştia să poată găsi singuri aceste soluţii. (V. D. Buckle şi S. Lebovici, *Les centres de guidance infantile*, OMS, Genève, 1958; v. Lafon, 1973, p. 408 şi 148—151, 327—343).

După cel de-al doilea război mondial, domeniile de utilizare a consilierii s-au extins progresiv şi au îmbrăcat forme practice variate.

Consilierea în criză a indivizilor a devenit — începînd cu Querido, la Amsterdam, la începutul anilor '30, şi Lindemann (1944) — una dintre metodele cele mai utilizate în psihoigienă şi psihoprofilaxie, în numeroasele servicii de consiliere şi intervenţie în criză, *în centrele de prevenire* a sinuciderilor de tipul celui creat la Los Angeles de Shneidman (1971), care a recurs la tehnica interviului telefonic, sau în centrele de intervenţie în crizele familiale, cu ajutorul unor echipe de poliţişti pregătite special în acest scop (Bard, 1970), în reacţiile de doliu (Lindemann, 1944, Tyhurst, 1958) sau în intervenţiile în criză la ostaşii americani, în cel de-al doilea război mondial şi în luptele din Coreea (Glass, 1955, 1958) (Apud Z. Zusman, în Freedman, Kaplan, Sadock, 1975, p. 2329 şi 2335—2337).

Pornind de la propria experienţă şi de la distincţia făcută de Erikson (1969) între „crizele de dezvoltare" — care, făcînd parte integrantă din procesul de formare şi de evoluţie a personalităţii, sînt previzibile şi pot fi prevenite — şi „crizele accidentale", care sînt imprevizibile, fiind reacţii la anumite situaţii (accidente, decese, boli, despărţiri etc.), G. Caplan (1964) formulează principiile „psihiatriei preventive", ale consultaţiei de igienă mentală (= *mental health consultation*) şi ale consultaţiei de la centrele de urgenţă (*Walk-in clinics*), şi elaborează metodele consilierii anticipative şi ale consilierii în criză, pentru a ajuta bolnavul să o depăşească fără consecinţe psihopatologice şi dezadaptive majore.

Anastasi (1979, p. 445—446) consideră ca o măsură necesară pentru psihoprofilaxia crizelor, efectuarea unei consilieri continue, „pe viaţă".

Conceptul de consiliere — ca de altfel numeroase altele din ştiinţele psihologice şi sociale — are un grad ridicat de ambiguitate. El este de obicei utilizat în literatura de specialitate în trei accepţiuni diferite:

— I, desemnînd prin consiliere *o tehnică educativă*, constînd în *furnizarea de informaţii* şi *sfătuirea* unei persoane în vederea rezolvării unor probleme care depăşesc competenţa sa (ca orientarea şcolară, orientarea profesională etc.). În acest sens consilierea (*counseling*) este definită, de exemplu, de H. Piéron (1973, p. 100) drept „actul de a consilia, desfăşurîndu-se în activitatea obişnuită a celui ce dă sfaturi şi, prin extensiune, în profesia de consilier (şcolar, de orientare)".

În această accepţie a termenului, efectele terapeutice implicate chiar într-un astfel de tip de consiliere (de orientare, de îndrumare) sînt de obicei neglijate (deşi nu sînt deloc neglijabile).

— II, considerînd *consilierea ca una dintre formele de psihoterapie*, prin psihoterapie înţelegîndu-se „orice terapeutică de ordin strict psihologic sau psihopedagogic" (J. L. Faure, în R. Lafon, 1973, p. 708), English şi English (1958, p. 429), definind psihoterapia, includ în ea o serie intreagă de procedee începînd de la consiliere (*stricto sensu*) pînă la psihanaliză, iar J. Vermeylen şi P. Sivadon (în Sivadon, II, p. 144—147) consideră consilierea, „counseling-ul terapeutic", ca una dintre principalele „psihoterapii de reeducare".

— III, utilizînd termenii consiliere şi psihoterapie ca sinonimi, nefăcînd deci între ei nici o distincţie, cum procedează (C. R. Rogers (în *Counseling and Psychotherapy*, 1942), J. M. Hadley (în *Clinical and counseling psychology*, 1958) şi alţii (apud Anastasi, 1979, p. 399—400).

Prima accepţiune a conceptului de consiliere corespunde de fapt *consilierii stricto sensu*, în care psihologul, la solicitarea unei persoane care are de înfruntat anumite probleme de ordin psihologic pe care nu le poate rezolva singur, o ajută în găsirea soluţiei făcîndu-i anumite recomandări bazate pe informaţiile pe care le deţine de la acesta, pe rezultatele investigaţiei psihodiagnostice, efectuate în prealabil, precum şi pe propriile cunoştinţe şi experienţa sa de psiholog practician.

Cea de-a doua accepţiune a conceptului de consiliere (ca metodă psihoterapeutică) a apărut în urma extensiunii activităţilor psihologului consilier, de la orientarea şcolară şi profesională la consilierea în probleme personale de ordin adaptativ şi afectiv mai pregnant. Experienţa dovedise dealtfel între timp că însăşi alegerea profesiunii şi adaptarea profesională sînt într-un raport intim cu evoluţia personalităţii şi cu adaptarea deplină la viaţă, aşa încît funcţiile consilierului de orientare s-au lărgit cuprinzînd înţelegerea şi consilierea individului în totalitatea sa (Anastasi, 1979, p. 399 şi 403).

În cazurile în care problemele afective şi adaptative apar în prim plan, munca psihologului consilier se apropie de cea a psihologului clinician, iar tehnicile sale de tip educativ (caracteristice consilierii *stricto sensu)* sînt dublate sau chiar înlocuite cu tehnici terapeutice. În acest tip de consiliere situat la graniţa dintre educaţie şi psihoterapie (şi care este frecvent întîlnit) de obicei nu se mai dau sfaturi directe (în problemele respective, eficienţa lor fiind dealtfel minimă sau chiar nulă). „Consilierea" devine în acest caz, un proces de dirijare discretă a subiectului pentru ca acesta — folosind propriile-i resurse psihice — să înlăture dificultăţile pe care le întîlneşte în cale şi „blocajele" determinate de acestea, găsind singur soluţia problemelor sale de ordin afectiv şi adaptativ.

Cea de-a treia accepţiune, în care consilierea şi psihoterapia sînt considerate sinonime, se deosebeşte în mod esenţial de precedenta prin deplina nondirectivitate a procesului, prin faptul că terapeutul sau consilierul (termenii sînt consideraţi echivalenţi) nu intervine activ în acesta şi nu-l dirijează în nici un fel; el nu întreabă nimic, nu interpretează afirmaţiile subiectului, se abţine să facă aprecieri asupra lor, nu dă sfaturi, nu sugerează soluţii, ci doar reformulează unele afirmaţii ale subiectului (în special pe cele ce se referă la sentimentele sale) cu scopul de a le clarifica. El are o atitudine binevoitoare şi comprehensivă, fără a fi aprobatoare sau dezaprobatoare, o atitudine de empatie, care nu merge însă pînă la implicarea afectivă personală. Psihologul consilier este, în acest caz, doar un *catalizator* al proceselor psihice ale subiectului său.

Premisa acestei atitudini este încrederea în posibilităţile subiectului de a-şi rezolva singur propriile probleme afective şi comportamentale, ajutorul dat de psihoterapeutul de orientare nondirectivă rezumîndu-se la clarificarea sentimentelor prin reformularea celor spuse de subiect (de pacient sau de „client"). În aceste condiţii, denumirea de consiliere devine improprie pentru conţinutul conceptului, fiind vorba de o „consiliere" în care „consilierul" îşi stabileşte ca normă să nu consilieze, să nu dea sub nici o formă sfaturi. Conţinutul conceptului de „consiliere" în această

accepţiune contrazice înţelesul originar al cuvîntului, aşa încît considerăm inoportună utilizarea lui ca sinonim al psihoterapiei, între cele două noţiuni existînd unele asemănări dar şi numeroase deosebiri.

2. Consilierea psihologică în contextul psihoterapiilor

2.1. *Asemănările şi deosebirile între consiliere şi psihoterapie* sînt de trei ordine : 1) *al finalităţii*, privind scopurile pe care urmăresc să le atingă, rezultatele pe care vor să le obţină ; 2) *al adresabilităţii*, respectiv al structurilor şi nivelurilor personalităţii cărora se adresează intervenţia psihologică şi 3) *al metodologiei*, adică al tipurilor de mijloace, de tehnici şi procedee la care se face apel în decursul intervenţiei.

Asemănările şi deosebirile de finalitate. Atît consilierea cît şi psihoterapia îşi propun să ajute, cu mijloace psihologice, o persoană să rezolve anumite probleme de ordin psihologic (diferenţele de dificultate ale acestor probleme impun însă alegerea uneia sau alteia dintre metode).

Un alt factor comun este faptul că ambele se bazează pe stabilirea unei relaţii interpersonale între cei ce solicită asistenţa psihologică şi cel care o acordă.

O altă asemănare constă în faptul că atît consilierea, cît şi psihoterapia îşi propun să înlăture simptomele (de la cele minore, doar stînjenitoare, pînă la cele majore, invalidante), dar cele mai multe forme de psihoterapie nu se mulţumesc cu aceasta şi urmăresc realizarea unor modificări profunde în structura personalităţii, în special în sfera afectiv-conativă şi motivaţională.

Unul dintre scopurile principale comune consilierei şi psihoterapiei este înţelegerea şi autoînţelegerea ; sporirea cunoaşterii de sine, a autocunoaşterii (Ch. Bühler, 1974, p. 469), modificarea percepţiei, a imaginii de sine în special.

În acest sens ambele tipuri de intervenţie psihologică au un scop constructiv mergînd pe linia tendinţelor sanogenetice, a utilizării trăsăturilor pozitive ale personalităţii pentru a compensa sau a învigora pe cele slab dezvoltate, sau pentru a le frîna şi echilibra pe cele care funcţionează în exces.

Consilierea se ocupă de rezolvarea unor ,,probleme specifice'', neîncadrabile în vreo entitate nosologică, cum ar fi, de pildă, înlăturarea unor deprinderi de lucru nesatisfăcătoare care pot interfera cu eficienţa comportamentului sau maturaţia unor decizii, realizarea unor planuri, în rezolvarea unor probleme diverse : de orientare şcolară sau profesională, de adaptare şcolară sau profesională, privind relaţiile cu semenii, cu sexul opus, alegerile matrimoniale, relaţiile familiale etc. (Anastasi, 1979, p. 403).

Psihoterapia intervine în probleme de mai mare amploare şi profunzime, ea urmărind pe de o parte ,,întărirea fondului personalităţii (mai ales la bolnavii angoasaţi, anxioşi, fobici, hipersensibili), întărirea conştiinţei prin dezvoltarea sentimentului de sine (mai ales la primele stadii ale bolii), intensificarea forţei şi dezvoltarea bogăţiei afective (cu predilecţie în nevrozele sau bolile somatice cronice)'', iar pe de altă parte, ,,elaborarea şi dezvoltarea de noi motive, precum şi direcţionarea conduitei'' (G. Ionescu, 1973, p. 220—221).

Diferenţa principală dintre psihoterapia clinică şi consilierea psihologică rezidă în faptul că scopul celei dintîi este ,,schimbarea structurii

fundamentale a personalității și a modelelor personale ale unui individ", în timp ce „scopul consilierii psihologice constă în a-l pune pe individ în situația de a utiliza în modul cel mai eficient resursele sale actuale pentru a-și rezolva problemele". (Anastasi, 1979, p. 403). „Scopul terapiei — spune Tyler (1969), (în Huber și Millman, 1972, p. 144) — este considerat în general a fi schimbarea într-un fel sau altul a personalității", pe cîtă vreme consilierea este un proces de ajutorare, al cărui scop nu-i de a schimba persoana, ci de a o face capabilă să utilizeze resursele de care dispune acum, pentru a face față vieții" (*ibidem*, p. 147). Pentru a caracteriza procesul de „consiliere terapeutică", Tyler introduce conceptul de „terapie a schimbării minime" *(minimum-change therapy)* a personalității, fără să fie căutate cauzele mai profunde ale tulburărilor psihice.

O altă sarcină importantă a psihoterapiei este de a elibera energia psihică utilizată dezavantajos în încercările pacientului de a depăși stările conflictuale sau de a se apăra de ele (prin diverse „mecanisme de apărare") pentru a o folosi în alte scopuri, pozitive sau chiar creatoare, care-i aduc nu numai avantaje, ci și satisfacții.

Psihoterapia urmărește în fond — după părerea lui Ross, care corespunde celei a lui Kubie — să mărească extensiunea controlului conștient și să micșoreze pe cel inconștient, care este mai mecanic, mai inconștient și mai rigid (Farnsworth, în Arieti, 1970, III, p. 1985).

Consilierea nu-și propune să meargă așa de departe, în adîncime. Ea poate încerca cel mult — atunci cînd este folosită în cea de-a doua dintre accepțiunile distinse de noi mai sus (consilierea ca formă terapeutică) — să extindă controlul conștient asupra unor elemente aparținînd preconștientului, care pot fi readuse în conștiință cu mai multă dificultate (Kubie, 1958, în Beaudot, 1973, p. 136—149).

Între consiliere și diferite forme de psihoterapie există diferențe și cu privire la durabilitatea rezultatelor. Se consideră, în general, că prin psihoterapie se obțin rezultate mai durabile decît prin consiliere. Trebuie menționat însă că, în funcție de o serie întreagă de factori (ținînd de trăsăturile personalității subiectului, ale caracterului său, ale structurii și forței motivației subiacente, de tipul de tulburare psihică etc.), se pot obține rezultate mai bune și mai statornice, la un adolescent de pildă, printr-o consiliere foarte discret directivă, decît printr-o terapie rațională de tip autoritar.

Lipsa de durabilitate a rezultatelor consilierii, care se manifestă în unele cazuri, nu ține de esența metodei, ci de greșita ei utilizare, fie prin aplicarea ei în cazuri pentru care nu e indicată, fie prin neutralizarea procedeelor pedagogice, de uz curent în asimilarea cunoștințelor și deprinderilor, menite să mărească flexibilitatea și capacitatea de transfer, în folosirea ulterioară a acestora.

Asemănări și deosebiri de adresabilitate. Atît consilierea cît și psihoterapiile se adresează zonelor conștiinței și se ocupă de situația prezentă, de problemele actuale ale persoanei; unele dintre psihoterapii (în special cele de tip analitic) nu rămîn însă la aceasta și merg mai în profunzime, efectuînd unele sondaje în trecutul și în inconștientul acesteia.

Intervenția psihologică se adresează, în cazul consilierii și al psihoterapiilor, unor niveluri și structuri diferite ale personalității.

Consilierea — după Brammer și Shostrom (apud Ch. Bühler, 1974, p. 467) — „se ocupă de *probleme conștiente*, condiționate de anumite situații pe care subiectul învață să le rezolve, cu ajutorul și sprijinul consilie-

rului", iar psihoterapia „se ocupă de *conflicte inconștiente* ale unor subiecți afectați de *grave tulburări emoționale* [...] centrul de greutate al intervenției fiind *tratamentul profund*, făcut în scopul de a obține o *restructurare totală sau parțială a personalității*" (subl. ns. *M.B.*). Consilierea se adresează unor structuri de suprafață ale personalității, mai ușor observabile și controlabile conștient, pe cîtă vreme psihoterapia vizează structurile de profunzime, ea ocupîndu-se de „indivizi cu tulburări de personalitate mai profunde și mai invalidante" (Goldenson, 1970, p. 269).

Consilierea „se folosește în problemele personale neclasificate ca boală" (Hilgard et al., 1975, p. 602), „care nu intră în conceptul de tulburare mentală" (A. Dalla Volta, 1969, p. 145), „care nu sînt clasificate ca boli mentale deși pot fi uneori sechele sau corolare ale bolii mentale sau fizice" (H. B. English și A. C. English, 1958, p. 127).

Consilierea se aplică deci, în mod obișnuit, persoanelor sănătoase, dar care datorită unor dificultăți de ordin psihic-adaptativ — apărute în procesul de dezvoltare și de formare a personalității (la adolescenți, de ex.) sau ca efect al unor deficiențe în procesul educativ — prezintă un risc crescut de îmbolnăvire psihică. Ea „se adresează persoanelor al căror nivel de anxietate provoacă interferențe și conflicte mai curînd decît incapacitate și dezintegrare" (M. E. Hahn, apud A. Anastasi, 1979, p. 404).

Consilierea psihologică poate preveni însă „dezintegrările negative" (cu evoluție patologică) și stimula „dezintegrările pozitive", specifice procesului de dezvoltare, menite să producă noi integrări și restructurări la nivel superior (Dabrowski, 1972, p. 1—11). Dabrowski recomandă aplicarea „autopsihoterapiei", ca măsură preventivă pe care „individul și-o aplică lui însuși, în mod conștient, cu scopul de a îndepărta pericolul de dezechilibru mental" (p. 241 și 280).

Asemănări și deosebiri de ordin metodologic. În alegerea metodei și a tipului de consiliere sau de psihoterapie, psihologul trebuie să țină seama de o seamă de particularități de structură și dinamică a personalității (în special a funcțiilor voițional-afective și motivaționale), de specificul tulburărilor, de nivelurile din structura personalității pe care le antrenează și de gradul de structurare al acestora. El trebuie să aibă în vedere „tipul afecțiunii ca și momentul evolutiv, caracterul acut sau cronic al acesteia etc." (G. Ionescu, 1973, p. 220).

Sub aspect metodologic, în consiliere și în psihoterapie, există și unele elemente comune, ca de pildă faptul că ambele utilizează ca instrument de comunicare, limbajul.

În majoritatea cazurilor sînt folosite și alte funcții ale limbajului (cea sugestivă și cea catartică), dar în măsură diferită de la un tip la altul de consiliere sau de psihoterapie.

În toate formele de consiliere și de psihoterapie găsim un amestec de tehnici educative și terapeutice, utilizate însă într-un dozaj diferit de la una la alta.

Putem afirma însă, că în consilierea psihologică (precum și în unele psihoterapii, de tip psihagogic) predomină tehnicile educative, în special cele care vizează modificări ale comportamentului prin intervențiile la nivelul proceselor cognitive și, în mai mică măsură, cele care urmăresc efectuarea unor modificări de comportament prin facilitarea evoluției proceselor afective — acestea din urmă fiind mai frecvent întîlnite în psihoterapii, în special în cele de tip analitic: psihanaliza, terapia nondirectivă etc. Distincția între cele două tipuri de tehnici (pentru intervenții

la nivel cognitiv și la nivel afectiv), aparține lui Osipow și Walsch (1970, citați de Nahoum, în Reuchlin, 1973, II, p. 127).

Deosebiri între diverse tipuri de consiliere și de psihoterapii există și în privința *gradului de directivitate și de activism*, pozițiile extreme fiind ocupate de consilierea directivă și de consilierea nondirectivă (C. R. Rogers, 1942), denumită uneori și „consiliere terapeutică" (L. E. Tyler, 1969, 1972), și respectiv de psihoterapiile directive și cele nondirective (psihanaliza și cele de inspirație psihanalitică).

De pe poziții riguros directiviste, autoritare — atît în problemele educației cît și ale terapiei — S. Alexandru (1975, p. 141) definește consilierea ca „un act de autoritate pedagogică" și afirmă că în terapia rațională psihologul, „comportîndu-se ca un educator, acționează cu energie și perseverență, sau chiar *cu asprime*, pentru a-i convinge pe bolnavi de necesitatea restructurării pozițiilor" (*subl. ns.* M.B.). La extrema opusă se situează adepții consilierii și terapiei nondirective (în care psihologul, fără a fi cu totul pasiv, nu intervine pentru a dirija discuția, ci doar pentru a clarifica sentimentele subiectului, prin „reformularea" unora dintre afirmațiile sale).

Experiența pedagogică și cea terapeutică au demonstrat însă că atît directivismul exagerat cît și nondirectivismul absolut aduc rezultate sub nivelul așteptărilor. De aceea, adepți ai nondirectivității, ca Rogers, sau ai directivismului, ca Thorne, au început să facă unele concesii față de pozițiile lor extreme, inițiale. Astfel C. R. Rogers, adoptînd „principiul unei intervenții moderate", admite folosirea, în „relația asistențială" a „metodei întrebărilor intercalate, care tind să favorizeze conștientizarea" (Ch. Bühler, 1974, p. 476), iar F. C. Thorne (1948) consideră că psihoterapia directivă „are sarcina de a evalua în mod sistematic și, dacă este necesar, de a modifica orice trăsătură importantă a personalității, prin *utilizarea eclectică a tuturor tehnicilor pe care le avem la dispoziție, ținînd seama de indicațiile și de contraindicațiile lor*", putînd fi utilizate grade diferite de directivitate în funcție de cerințele fiecărei situații particulare. Toate metodele sînt bune, greșită poate fi însă utilizarea lor în mod inadecvat. Thorne remarcă faptul că „nevoia directivității, pe care o manifestă un subiect, corelează invers cu capacitățile sale de a se dirija în mod efectiv el însuși" (cf. Nahoum, 1975, p. 71).

2.2. *Indicații terapeutice.* Fiecare dintre metode are calitățile și lipsurile sale, în funcție de care, între altele, se stabilesc indicațiile și contraindicațiile lor. Așa de pildă W. Schraml (1973, p. 109) consideră că indicațiile principale ale consilierii sînt „dificultățile de adaptare și conflictele actuale". El crede că metoda e nepotrivită pentru nevrozele grave sau de gravitate medie și pentru tulburările psihosomatice. Consilierea psihologică și metodele psihagogice pot fi utilizate cu succes, după părerea aceluiași autor, în prevenția tulburărilor psihice, în consilierea și susținerea familiilor cu bolnavi psihici și în reinserția socială a pacienților ieșiți dintr-o cură psihiatrică. Consilierea dă rezultate în situațiile care solicită adaptativ (școala, profesia, căsătoria etc.), dar nu reușește să aducă ameliorări substanțiale în cazul nevrozelor structurate, care necesită adesea o terapie analitică anevoioasă.

Metodele neanalitice, centrate pe persoană (de tipul terapiei nondirective), sînt eficace în nevrozele ușoare, care nu necesită o analiză *stricto sensu* a personalității (Schraml, 1973, p. 162). Psihoterapia nondirectivă are dealtfel și alte limite, recunoscute de însuși autorul ei, C. R. Rogers: ea nu poate fi aplicată *la orice vîrstă* (la copii de pildă, datorită compor-

tamentului lor instabil, hiperactiv şi puternic dependent de mediul familial), la persoane cu un nivel intelectual scăzut, la psihotici şi la persoanele cu traumatisme craniene (Cf. Nahoum, 1975, p. 74). Metodele directive sînt respinse, de obicei, de preadolescenţi, de adolescenţi şi de indivizi cu personalitate mai puternică, ele fiind în aceste cazuri lipsite de orice eficienţă. La personalităţile slabe (sau nestructurate încă), ele au dezavantajul de a menţine sau crea relaţii de dependenţă, infantilizante şi de a nu reduce agresivităţile faţă de autoritate (Vermeylen şi Sivadon, în Sivadon, 1973, II, p. 146). Există însă cazuri în care aplicarea tehnicilor nondirective nu este posibilă sau este contraindicată; în acestea terapia directivă este singura care poate fi utilizată.

Consilierea psihologică are o indicaţie majoră în activităţile psihoigienice şi psihoprofilactice (în special în psihoprofilaxia primară) datorită coincidenţei dintre scopurile urmărite: dezvoltarea pozitivă, sanogeneza şi prevenţia dezadaptărilor.

Bibliografie

Alexandru, S., *Laboratorul de psihologie clinică*, Bucureşti, Edit. ştiinţ. şi enciel., 1975.

Anastasi, A., *Fields of Applied psychology*, 2-nd ed., New York, McGraw-Hill, 1979.

Botez, C. (red.) *Selecţia şi orientarea profesională*, C. D. P. Min. Muncii, Bucureşti, 1971.

Boyer, S. *Orientation professionnelle*, în R. Lafon (red.), *Vocabulaire de psychopédagogie et de psychiatrie de l'enfant*, Paris, P.U.F., 1973.

Bühler, Ch. *La psicologia nella vita del nostro tempo*, Milano, Garzanti, 1974.

Kaplan, G., *Principles of preventive psychiatry*, New York, Basic Books, 1964.

Dabrowski, K., *La psychonévrose n'est pas une maladie*, Québec, Saint-Yves, 1972.

Dalla Volta, A., *Psicologo consiliere*, în Dalla Volta, A., *Dizionario di psicologia*, Firenze, Giunti-Barbèra, 1969.

English, H. B., English, A. C., *Counseling*, in : English H. B., English, A. C., *A comprehensive dictionary of psychological and psychoanalytical terms*, London, Longmans, 1958.

Farnsworth, D. L., *Psichiatria scolastica*, în Arieti, S. (red.) *Manuale di psihiatria*, Boringhieri, Torino, 1970, vol. III, p. 1982—1992.

Faure, J. L., *Psychothérapie*, în Porot, A. (red), *Manuel alphabétique de psychiatrie*, Paris, P.U.F., 1969.

Goldenson, R. M., *Counseling psychology*, în Goldenson, R. M., *The encyclopedia of human behavior*, New York, Doubleday, 1970.

Hilgard, E. R., Atkinson, R. C., Atkinson, R. L., *Introduction to psychology*, Harcourt, Brace, Jovanovich, New York, 5-th ed., 1971 şi 6-th ed., 1975.

Ionescu, G., *Introducere în psihologia medicală*, Bucureşti, Edit. ştiinţifică, 1973.

Kubie, L. S., *Le préconscient et la créativité*, în Beaudot, A., *La créativité : Recherches américaines*, Paris, Dunod, 1973.

Lafon, R., *Centres de guidance infantile* şi *Centre médicopsychopédagogique*, în Lafon, R. (red), *Vocabulaire de psychopédagogie et de psychiatrie de l'enfant*, Paris, P.U.F., 1973.

Nahoum, Ch., *L'entretien psychologique*, Paris, P.U.F., 5-e éd., 1975.

Nahoum, Ch., *La méthode clinique en psychologie appliquée*, în Reuchlin, II, 1973.

Piéron, H., *Traité de psychologie appliquée*, I, P.U.F., Paris, 1960.

Piéron, H., *Counseling*, în Piéron H. (red), *Vocabulaire de la psychologie*, Paris, P.U.F., 1973.

Reuchlin, M. (red), *Traité de psychologie appliquée*, I, II, Paris, P.U.F. 1971.

Schraml, W. J., *Précis de psychologie clinique*, P.U.F., Paris, 1973.

Tyler, L. E., *The work of the counselor*, 3-rd ed., Appleton-Century-Crofts, New York, 1969 (fragmente selecţionate în Huber, J. T., Millman, H. L. (eds.)), *Goals and behavior in psychotherapy and counseling*, Merrill, Columbus (Ohio) (1972).

Vermeylen, J., Sivadon, P., *Les psychothérapies*, în Sivadon, P. (red.) *Traité de psychologie médicale*, Paris, P.U.F., 1973, vol. II, p. 129—149.

Zusman J., *Primary prevention* şi *Secondary prevention*, în Freedman, A. M., Kaplan, H. I., Sadock, B. J. (eds.), *Comprehensive textbook of psychiatry*, Baltimore, Williams Wilkins, 1975.

Capitolul XIII

SOCIOTERAPIILE ŞI ERGOTERAPIA

Conceptul de *recuperare socioprofesională* a căpătat o tot mai mare pondere şi o pregnanţă specifică, ceea ce a antrenat *sporirea preocupărilor pentru problematica socioterapiilor şi ergoterapiei.*

Unele neajunsuri în organizarea efectivă a serviciilor cu aceste conţinuturi şi finalităţi au decurs din modul de formare a cadrelor care, pe o anumită perioadă, n-a depăşit limitele unispecializării, ceea ce a făcut ca „factorii" echipei terapeutice să nu depăşească uneori simplul paralelism sau unele fetişizări ale principiului responsabilităţii unice a medicului. Desigur, este indezirabil ca subiecţii care se confruntă cu unele forme de handicap (defect fizic, locomotor, senzorial, de ordin somatic sau neuropsihic etc.) să nu dispună de efectele integrative ale echipei unitare şi de responsabilitatea integrală a fiecărui membru din echipa terapeutică. Altfel, nu se parcurge drumul necesar de la recuperarea biologică la cea psihologică şi socială, şi de aici la reintegrarea socială şi socioprofesională deplină.

De asemenea, s-a constatat că *psihoterapiile ocupaţionale*, îndeosebi ergoterapia dar şi artterapia, ludoterapia etc. pot genera multiple efecte socioterapeutice şi pot corobora la împlinirea acţiunilor de reintegrare socioprofesională.

Munca, prin ansamblul componentelor şi virtuţilor ei, constituie un important mijloc de tratament, mai ales în cazul unor tulburări neuropsihice; ea poate încorpora multiple valenţe socioterapeutice. De aceea, subliniem interrelaţia intimă dintre socioterapie şi ergoterapie.

1. Socioterapiile în sistemul acţiunilor terapeutice

Viziunea integratoare asupra omului privit ca fiinţă socială, ca entitate complexă biopsihosocială, determină şi cerinţa metodologică pentru cuprinderea unitară, indisociabilă, a diferitelor forme de acţiune terapeutică, în plan biologic, chimioterapeutic şi psihoterapeutic.

Dacă avem în vedere că sensul final al oricărui sistem de acţiuni terapeutice este şi acela de a restitui omului *condiţia psihosocială a normalităţii*, prin reintegrarea sa socială, înţelegem de ce metodele terapeutice, complexe, armonioase şi practic eficiente, ar fi de neconceput fără demersurile proprii tratamentului socioterapeutic. Desigur, acest aspect, vizînd cadrul existenţial definitoriu omului, este el însuşi corelat intim celorlalte direcţii de acţiune terapeutică.

Practic, este de neconceput ca în strategiile de recuperare să se adopte exclusiv tratamentul chimioterapeutic sau o viziune exclusiv psihofarmacologică, privind bolnavul de „resursele puternice ce aparţin psihoterapiei şi socioterapiei". De asemenea, se impune să subliniem că *socioterapiile nu pot fi concepute în mod disociat faţă de celelalte direcţii de acţiune recuperatorie*, şi îndeosebi faţă de procedeele psihoterapeutice. În acelaşi sens,

s-a relevat necesitatea unei abordări unitare a acestora ca „tratamente psihosocioterapice" (G. Ionescu, 1976, p. 410), în care problematica socioterapiilor are interrelaţii multiple cu aspectele generale, caracteristice psihoterapiilor de grup.

Este cunoscut faptul că în cadrul diferitelor tipuri de strategii specifice acţiunilor terapeutice s-au folosit *grupurile de tratament (grupurile de activitate, grupurile terapeutice şi psihoterapeutice)*, avînd finalitatea, conştient formulată, de a influenţa pozitiv starea de sănătate a anumitor categorii de subiecţi. Evident, în aceste cazuri, grupul s-a impus în dubla sa ipostază, de obiect al tratamentului, ca şi de principal agent terapeutic.

Din perspectiva viziunii metodologice integratoare, *grupurile socioterapeutice* pot avea funcţionalităţi recuperatorii complexe, vizînd predilect diferite direcţii de acţiune terapeutică; ele pot cuprinde şi virtuţile recuperatorii proprii *terapiilor ocupaţionale*, realizate nu numai prin muncă, ci şi prin artă, prin jocuri recreative etc. Desigur, strategiile terapeutice proprii grupurilor de tratament se pot identifica în multe situaţii cu cele definitorii pentru ergoterapie. Mai mult decît atît, se poate spune că „grupurile terapeutice cele mai răspîndite sînt cele a căror activitate esenţială are caracterul unei munci productive — ergoterapia" (G. Ionescu, 1976, p. 443). Aceasta, la rîndul ei, corelează firesc cu direcţiile de acţiune psihosocioterapeutică, mai ales dacă avem în vedere nu numai cadrul şi mijlocul determinant (munca), dar şi natura efectelor terapeutice restructurante, în planul comportamentului uman: asimilarea unor modele sociocomportamentale în raport cu munca, a unor conduite sociale şi a unor noi mentalităţi şi atitudini, precum şi a sentimentului psihosocial al participării la viaţa colectivităţii umane, al posibilităţii de autorealizare în activităţi social utile. Aceasta poate oferi un cadru important şi premise determinative pentru înlăturarea unor stări perturbatoare de anxietate sau depresie, a temerilor şi neliniştilor, „avînd penetraţii adînci în domeniul psihoigienei şi psihoprofilaxiei" (G. Ionescu, 1976, p. 451).

Socioterapiile şi ergoterapia constituie totodată importante elemente de validare a rezultatelor celorlalte direcţii de acţiune terapeutică şi pot împlini sau fructifica achiziţiile dobîndite prin celelalte direcţii de acţiune terapeutic-recuperatorie. În acest cadru se înscriu şi *antrenamentele funcţionale*, nu numai cele individuale, ci mai ales cele organizate în anumite grupuri socioprofesionale, modelate în funcţie de vechiul loc de muncă sau de posibilităţile reinserţiei profesionale viitoare. Ele ne pot releva reuşitele demersului recuperator şi totodată pot contribui la prevenirea anumitor dificultăţi relaţionale sau a unor situaţii stressante.

În acelaşi timp, evoluţia procesului de recuperare a demonstrat că în şi prin socioterapii se poate realiza o reevaluare şi, după caz, o reluare adecvată a celorlalte procedee terapeutice, în măsura în care funcţiile restante nu au fost suficient antrenate şi valorificate în raport cu solicitările locului de muncă, ale exigenţelor profesionale sau funcţiei sociale în care pacientul sau deficientul se va integra. Toate aceste aspecte evidenţiate în contextul socioterapiei şi ergoterapiei pot constitui elemente justificative pentru reluarea anumitor forme de acţiune terapeutică, pentru perfecţionarea acestora, pentru aprofundarea demersului în vederea însănătoşirii bolnavului. În multe situaţii, programul ergoterapeutic se situează într-un punct median al traseului acţiunilor terapeutice generale. Alteori, programul psihoterapeutic se integrează „în paralel", interacţionînd permanent cu alte direcţii terapeutice.

În general, *o socioterapie minimală poate începe chiar din momentul intrării în clinică, din momentul instituirii raportului activ medic-pacient*; însuşi momentul anamnezei îl putem considera ca purtător al unor virtuţi socioterapeutice. Anamneza poate angaja o problematică de ordin psihosocial şi poate continua firesc cu dialogul activ dintre pacient şi psiholog, sociolog, asistent social, într-un consens acţional în sfera strategiilor recuperatorii, în vederea reintegrării sociale şi profesionale.

O viziune multidisciplinară, psihosociologică în medicina clinică, îndeosebi în clinica consacrată expertizei şi recuperării capacităţii de muncă, este absolut necesară. De aceea, orice prospectare clară şi precisă a demersului specializat de acţiune terapeutică nu poate face abstracţie de acţiunile socioterapeutice care se impun. Totodată, este necesară adecvarea mijloacelor şi strategiilor terapeutice la specificul cazului, la particularităţile de ordin dinamic, evolutiv, ale situaţiilor cu care se confruntă bolnavul, pentru a stabili cît mai exact momentul oportun şi ponderea corespunzătoare a unor terapii, corelate cu celelalte direcţii de acţiune recuperatorie, repliind deciziile unor etape în munca terapeutică în funcţie de rezultatele etapelor anterioare şi de reactivitatea diferenţială (individuală) a cazurilor. Implementarea programelor socioterapeutice în demersul general terapeutic-recuperator nu suplineşte rolul unor terapii individuale, al unor antrenamente funcţionale specifice, al tehnicilor de condiţionare şi decondiţionare etc. Dimpotrivă, considerăm că socioterapiile concură la revelarea efectelor şi valorii acestora, potenţînd virtuţile altor tipuri de terapii.

2. Metodologia socioterapiilor

În acelaşi sens, subliniem că între diagnostic şi terapie există o interdependenţă structurală astfel încît, de la diagnosticul preliminar, se precizează treptat atît programul complex psihosocioterapeutic, precum şi diagnosticul diferenţial.

Putem menţiona că o viziune proprie psihologiei sociale solicită precizarea prealabilă a datelor diagnostice complexe (şi interpretarea acestora în raport cu profesia exercitată, cadrul social specific şi performanţele obţinute), avînd în atenţie, totodată, reflectarea şi evaluarea personală a efectelor bolii, a handicapului sau deficienţei.

Diagnosticul poate oferi importante puncte de sprijin în adecvarea demersurilor terapeutice şi socioterapeutice la specificitatea cazurilor abordate în vederea recuperării lor. Din aceeaşi perspectivă, putem sublinia, pe baza propriilor constatări, rolul înregistrărilor fidele, sistematice, precise, ale aspectelor în plan cantitativ, dar şi calitativ ale efectelor antrenamentelor recuperatorii. Evidenţa rezultatelor în fiecare etapă şi a efectelor diferitelor forme de acţiune terapeutică recuperatorie pot oferi importante sugestii pentru permanenta adecvare şi perfecţionare a demersurilor terapeutice, în funcţie de „receptivitatea" specifică subiectului, ca şi de rezultatele realizate în fazele anterioare. Astfel programele de acţiuni terapeutice vor fi modelate în funcţie de particularităţile de evoluţie a cazului.

Aşa cum orice terapie solicită folosirea informaţiilor multiple şi accesibile asupra subiectului şi profesiunilor, în cazul socioterapiilor sînt necesare datele cu privire la perspectiva activităţilor viitoare ale subiec-

tului, pe care el le poate exercita, cu privire la stilul optim de muncă, de valorificare a propriilor energii, cu privire la rețeaua profesiunilor și a ocupațiilor, avînd în vedere efectele de „întărire" sau consolidare a achizițiilor dobîndite, ca și ansamblul acțiunilor postrecuperatorii.

3. Obiectivele și scopurile socioterapiilor; forme de realizare

În genere, în orice demers terapeutic-recuperator, se impune ca bolnavul să fie privit sub aspectul situațiilor sale complexe, de viață personală și socială, într-o viziune psihosocială integratoare. Acest aspect impune ca terapiile să se realizeze unitar. Cu alte cuvinte, *viziunea complexă asupra omului ca entitate globală, biopsihosocială, face necesară o acțiune unitară a diferitelor forme de abordare terapeutică.* Sensul final al oricăror terapii este acela de a oferi omului condiția psihosocială a normalității, prin *reintegrarea socială.* Prin conținutul său, *demersul specific socioterapeutic* permite un antrenament al comportamentului social. Programele de socioterapie pot realiza una din condițiile psihoterapeutice importante, și anume ca timpul pentru bolnavul spitalizat să devină cît mai complet și eficient utilizat. Am constatat efectul acestor programe, mai ales atunci cînd conținutul și formele lor sînt adecvate intereselor și preferințelor dominante ale pacienților, cît și particularităților structurale, diferențiale, conform caracteristicilor ce decurg din natura diferitelor tulburări pe care le suportă bolnavul. Din același unghi de vedere, s-au dovedit eficiente, sub aspectul finalităților recuperatorii, *acțiunile reintegratoare care solicită anumite participări cu roluri și responsabilități sociale în buna desfășurare a diferitelor categorii de activități sau antrenamente socioprofesionale.*

Referitor la principiile aplicării socioterapiilor, subliniem că pentru efectul socioterapeutic eficace, este important ca ansamblul acțiunilor profilactice și curative menționate să genereze și să cultive *climatul psihosocial pozitiv.*

În genere, societatea și cultura coparticipă la devenirea și dezvoltarea oricărei personalități umane ; dar ele nu devin codeterminante în geneza și dezvoltarea personalității, fără prezența factorilor activi, ai muncii și creației, ai instrucției și educației (prin ansamblul de acțiuni și interacțiuni în care se integrează subiectul), procese prin care omul asimilează diferitele categorii de valori ale societății. Aceste aspecte circumscriu unele din *principiile supraordonate ale oricărei socioterapii.* Un prim principiu al unei socioterapii eficace constă în cerința ca aceasta să realizeze consensul armonios și deplin cu autenticele valori sociale și umane.

Omul are nevoie de *un permanent activizator de ordin afectiv-motivațional și psihomoral* prin care se stimulează și se mențin energiile umane, de acțiune și creație, ca și însuși efortul necesar permanentei construcții și reconstrucții a umanului din fiecare. Acest aspect capătă valoare și semnificație de principiu în sistemul socioterapiilor.

Principiile clasice de *funcționare a comunității terapeutice* se refereau la cerința de asigurare a unui cadru mai autonom, mai activ dar și mai liber pentru participarea pacienților la viața lor de fiecare zi, integrată cadrului instituțional, specific colectivității spitalicești. În acest sens, s-au formulat *principiile permisivității* (privind cerința unei înțelegeri mai elastice,

mai tolerante a bolnavului); *principiul democratismului* (care se referea la participarea pacienților cu anumite responsabilități de ordin administrativ și terapeutic, printr-o antrenare mai extinsă și echilibrată a membrilor echipei terapeutice). *Realismul* constituie de asemenea, atît un principiu general, cît și o cerință concretă privind necesitatea de a preconiza acțiuni firești, adaptate unui mod autentic de viață și activitate, apropiate de viața obișnuită, dinafara instituției spitalicești.

În sfera cerințelor de bază privind socioterapiile se pot menționa și următoarele exigențe: necesitatea de a asigura un program activ, permanent, prin ocuparea integrală a timpului bolnavului; activitățile socioterapeutice își amplifică eficacitatea dacă ele cuprind drept element integrativ sau dominant ergoterapia și ansamblul formelor de terapie ocupațională; utilizarea unui sistem armonios de acțiuni socioterapeutice care să se caracterizeze prin: diversitate, variabilitate, stil creativ, cu conținut și orientare similare sarcinilor de muncă și creație.

Mai ales pentru anumite categorii de subiecți, s-a constatat că *acțiunile socioterapeutice care antrenează simultan diferitele elemente ale terapiilor ocupaționale* (inclusiv, cultterapia, meloterapia, și în genere artterapia, în unitate cu preocupările specifice ergoterapiei) *amplifică efectele terapeutice* ale acestor programe recuperatorii.

Extinderea sferei de interrelații și interacțiuni în grup constituie un deziderat cu valoare de principiu în socioterapie, menit să confere echilibru, sentiment de independență și libertate de acțiune, capacitate de inițiativă. Acestea presupun drept cerință diminuarea ponderii legăturii univoce medic-pacient, a caracterului ei uneori autoritar, stimulînd și amplificînd preocuparea colectivă pentru progresul situației pacienților. În cadrul socioterapiilor — îndeosebi *în cadrul formelor ce presupun valorificarea contextului social al marelui grup comunitar* — potențialul restant poate fi activizat, dinamizat, pus în valoare, determinînd *reabilitarea psihosocială* a bolnavilor. În acest context, grupul terapeutic trebuie să dobîndească o pondere mai mare decît terapeutul însuși. Terapeutul poate să rămînă doar un animator al spontaneității bolnavilor, oferind puncte de sprijin pentru aprecierea situațiilor cu care se confruntă aceștia și pentru adoptarea celor mai adecvate soluții.

4. Socioterapia familială

Forma cea mai conturată de socioterapie extraspitalicească este cea privind socioterapia în cadrul familial. Este știut că, anumite situații psihosociale specifice familiei pot fi factori contributivi atît în declanșarea și menținerea anumitor forme de tulburări psihice, cît și în corectarea anumitor modele psihocomportamentale, a anumitor mentalități și atitudini, a anumitor stiluri relaționale.

„Psihiatria familială" nu e echivalentă cu socioterapia în mediul familial. Avem în vedere necesitatea precizării diagnosticului psihiatric al pacientului, dar și necesitatea precizării aspectelor socioeconomice, socioculturale, socioeducaționale și de ordin psihosocial care caracterizează starea familiei pacientului: evenimentele și situațiile mai deosebite cu care s-a confruntat, ecourile acestora asupra stărilor și tipurilor de interrelații în interiorul familiei, modul de inserție a familiei în marele grup comunitar social etc. Desigur, investigația clinico-anamnestică indi-

viduală se impune a fi completată cu cea psihosocială și sociofamilială. Însuși examenul psihologic intensiv trebuie completat prin datele de anchetă socială aprofundată, utilizînd diferite tipuri și metode de psiho-socio-diagnostic. În acest sens introducerea în concepțiile orientative ale socioterapiilor a termenilor de „reconstituire a rutei profesionale" a devenit o strategie metodologică larg utilizată. Astfel, complexul de „documente" rezultate din anamneză, psihodiagnosticul personalității, biografia familială, ca și „dosarul activității" (al muncii, al postului, al randamentului, cu eventuale consecințe ale comportamentului achiziționat în diferite perioade de tratament), vor contura dimensiunile și semnificațiile reale ale situației cazului și vor permite evaluările corespunzătoare. În sistemul socioterapiilor „intraspitalicești", forma comunității terapeutice cuprinde, simultan, virtuțile socioterapiei și ale ergoterapiei, întrucît angajează bolnavii în acțiuni și interacțiuni sociale accesibile, în activități și responsabilități sociale similare cu cele din cadrul anumitor instituții sau colectivități umane obișnuite. Astfel, bolnavul își îmbogățește sfera de interrelații și preocupări, depășind pe cele ce țin doar de starea de boală și de relația sa cu medicul terapeut. În cadrul socioterapiilor „extraspitalicești", forma cea mai răspîndită este cea realizată în cadrul familial. În acest plan (ca și, în genere, în alte direcții de acțiune recuperatorie), este important să avem în vedere studiul atitudinilor comunitare ale colectivității de muncă sau ale grupului familial față de bolnavul psihic sau deficient, stilul său relațional, atmosfera psihosocială de care dispune. Ele devin un suport pentru orice demers psihoterapeutic care solicită tratarea unor tulburări în etiologia cărora sînt preponderent prezenți factorii de ordin psihosocial. Demersul socioterapeutic permite un antrenament al comportamentului social. Sub acest unghi, spitalul poate deveni o comunitate care permite organizarea unor programe de acțiuni sociale ori activități productive, creatoare, servind procesul recuperării și readaptării psihosociale, cît și pentru „o mai bună înțelegere a atitudinilor persoanei aflate pe versantul patologic al existenței" (G. Ionescu, 1973, p. 133).

Nu insistăm asupra prezentării diferitelor forme de terapii familiale sau de socioterapii, în genere, întrucît sintezele cuprinse în diferitele lucrări de specialitate le analizează cu atenție. Întrucît aceste materiale relevă datele de ordin istoric și diferitele experiențe inițiate în alte țări, am preferat să prezentăm, în acest cadru, spiritul propriu experiențelor din țara noastră.

În *viziunea umanistă* a societății noastre, *problema adaptării sociale* nu-i doar problemă de opțiune, ci și a eficienței sale și perspectivei ce o oferă pentru activitatea persoanei remise, avînd în atenție satisfacțiile morale și materiale ale muncii.

Ideea modernă a socioterapiilor este că, tot mai mult, *serviciile socioterapeutice din instituțiile medicale trebuie să fie în strînsă legătură cu serviciile medico-sociale ale întreprinderilor*, pentru a pregăti grupurile de muncă în care va fi integrat sau reintegrat subiectul recuperat, pentru ca acestea să exercite continuarea acțiunii socioterapeutice, supravegheate direct de medic și psiholog sau sociolog.

Se poate afirma că, în acest domeniu, validarea rezultatelor optime ale ansamblului recuperator este evidențiată numai atunci cînd subiectul obține rezultate normale și își menține capacitatea și inițiativa în activitate.

5. Unitatea socioterapie-ergoterapie

Ergoterapia definită ca metodă de tratament prin muncă poate determina detaşarea bolnavului de eventuale dominante cu ecou traumatizant, poate produce distragerea pacientului de la anumite experienţe şi trăiri patologice; ea poate favoriza totodată un reantrenament social şi o reintegrare psihosocială a subiectului uman în raport cu ambianţa sa de viaţă. Prin excelenţă, ergoterapia poate fi unitară cu ansamblul demersurilor şi efectelor socioterapeutice, întrucît ea poate genera anumite relaţii psihosociale active, de intercomunicare umană, cu efecte pozitive pentru starea subiectului şi readaptarea sa la contextele socio-umane, de activitate şi viaţă normală.

Putem sublinia că prin conţinutul şi eficienţa ei definitorie, ergoterapia contribuie la eficacitatea globală a demersurilor terapeutice, la amplificarea stărilor de remisie şi mai ales la antrenamentul pregătitor pentru reintegrarea socială a subiectului în anumite condiţii de activitate şi viaţă normală. Mai ales în clinica pentru expertiza şi recuperarea capacităţii de muncă, programele socioterapeutice — şi, implicit, ergoterapeutice — se înscriu ca momente absolut necesare. În finalul demersului terapeutic general se impune să se realizeze un program specific, resocializant şi reintegrator, printr-un antrenament psihosocial pregătitor, în vederea reluării modalităţilor curente de viaţă şi activitate. În modul cel mai deplin posibil, aceste efecte readaptative sînt realizabile prin adoptarea unor programe adecvate de acţiuni ergoterapice şi socioterapeutice.

Activitatea ergoterapeutică, în strînsă unitate cu psihoterapiile şi cu socioterapiile, trebuie să asigure, totodată: ridicarea tonusului psihic, afectiv; creşterea nivelului motivaţional, al aspiraţiilor şi intereselor; îmbogăţirea sferei de preocupări; compensarea deficienţelor şi potenţarea tuturor disponibilităţilor readaptative; integrarea socială familială, socioprofesională; orientarea şi reorientarea profesională în situaţii speciale, reintegrarea socioprofesională; valorificarea potenţialului restant, a resurselor umane readaptative şi sociointegratoare.

Atît în cazul internărilor îndelungate, cît şi în cazul unor durate mai restrînse de spitalizare este necesar să se includă demersuri unitare ergoterapice şi socioterapeutice specifice. S-au dovedit necesare şi practic utile în primul rînd elementele de socioterapie globală, care să realizeze reeducarea comportamentului pe baza conştientizării, a convingerii şi implementării noului regim de viaţă şi de relaţionare ce se impune în funcţie de specificul problemei de sănătate cu care se confruntă bolnavul, cît şi în dependenţă de solicitările particulare în mediile sale sociale proprii, de viaţă şi muncă.

Pentru stabilirea demersurilor socioterapeutice şi ergoterapice în raport cu anumite situaţii, se recomandă luarea în consideraţie a naturii afecţiunii, precum şi a anumitor „variabile" socioumane ale pacientului referitoare la: vîrsta, nivelul anterior de pregătire generală, activităţile socioprofesionale desfăşurate, diferitele tipuri de abilităţi şi competenţe sociale anterioare etc.

Această cunoaştere de ordin psihosocial devine necesară pentru a stabili demersul terapeutic general, factorii favorizanţi sau defavorizanţi şi strategiile recuperatorii, în vederea unei posibile reintegrări sociale şi socioprofesionale a pacientului.

În măsura în care diferitele căi psihoterapeutice și ergoterapice folosesc cadrul social creat, sistemul relațiilor psihosociale de grup, dinamica grupului, coeziunea posibilă și interrelațiile din interiorul acestuia — în vederea readaptării sociale a subiectului, pentru înlăturarea unor tulburări socioafective sau psihocomportamentale — ele pot realiza implicit anumite efecte socioterapeutice.

S-a constatat că utilizarea anumitor modalități de organizare socio- și ergoterapeutice, prin angajarea anumitor roluri și responsabilități accesibile unor pacienți și prin activizarea generală a unor relații și trăiri socioafective pozitive de grup se pot obține situații și efecte sanogenetice specifice. De asemenea, pentru noi s-a relevat faptul că anumite dialoguri de tip clinico-anamnestic sau cele integrate acțiunilor de asistență socială, de consiliere psihosocială, oferite pacientului și mai ales grupului său familial au multiple virtuți socioterapeutice. Totodată, este necesar să avem în atenție raportul dintre statutul inițial al subiectului și devenirea ulterioară, în perspectiva unui optimum posibil al integrării sale sociale și profesionale. Putem afirma că ansamblul demersurilor terapeutice, în plan biologic și psihoterapeutic, își validează eficiența prin socioterapie și ergoterapie și, finalmente, prin efectul social al sistemului de acțiuni recuperatorii, privit în ansamblu.

Ergoterapia urmărește obținerea unor efecte readaptative și resocializante, de restabilire psihosocială, dar și fiziologică, funcțională, prin activități efective de muncă și prin stimularea activismului, a capacităților de efort fizic. Aceasta determină nu numai o amplificare a activismului neuropsihic general, dar și a interesului pacientului pentru spectrul de activități accesibile lui; ele pot avea o contribuție decisivă privind procesul general de restabilire biopsihosocială și de reintegrare a subiectului handicapat în sfera unei vieți normale, echilibrate, armonioase, care presupune participare socială.

Ergoterapia constituie forma cea mai obișnuită și eficientă de *terapie ocupațională*; aceasta cuprinde o sferă mai largă de acțiuni terapeutice recuperatorii, realizate prin diferite tipuri de activități practic-lucrative, dar și de tip creativ. Avem în vedere activități educative curente, artizanale, dar și de arte plastice, de modelaj și sculptură, activități libere, distractive, de joc, dar și unele cercuri care pun în valoare anumite forme de muncă prin care se poate asigura și o nouă abilitate a subiectului, pe direcția anumitor forme de activitate productivă, accesibile lui.

Ergoterapia prezintă multiple virtuți și sub aspectul efectelor ei socioterapeutice; de aceea, considerăm că, în unitatea lor, ergoterapia și socioterapia, precum și ansamblul formelor de „terapie ocupațională" se pot subsuma conceptului utilizat în psihiatria din țara noastră de „psihoterapie integratoare". Acest concept cumulează și depășește, în același timp, unele din sensurile pe care psihiatrii francezi le-au cuprins prin termenul de „terapie instituțională"; el cuprinde demersuri proprii atît ergoterapiei, cît și socioterapiilor. *Psihoterapia integratoare* vizează evantaiul larg de fenomene recuperatorii „de la simpla gestualitate declanșată la un psihotic inhibat, pînă la readaptarea socială prin intermediul unei activități productive, remunerate, orientată medical" (P. Brînzei, 1975, p. 305).

Psihoterapia prin activități integratoare în plan social poate cuprinde următoarele forme: — „proceduri ocupaționale", care au drept scop reactivarea intereselor și preocupărilor efective ale bolnavilor pentru

anumite activităţi; — „proceduri ergoterapeutice propriu-zise", care contribuie la activizarea psihosocială a subiectului uman, la generarea unor noi cîmpuri relaţionale în plan psihosocial.

6. Cerinţe şi principii ale demersului ergote rapeutic

Pentru eficacitatea psihomedicală, recuperatorie şi readaptativă a programelor ergoterapice, se recomandă respectarea anumitor exigenţe metodologice cu valoare de principii: principiul diferenţierii şi individualizării; principiul activizării complexe, multivalente (a funcţiilor motrice, cognitive, afective, motivaţionale, voluntare, a abilităţilor psihosociale, de intercomunicare şi interacţiune umană, de colaborare şi coacţiune eficace).

De asemenea, se impune unitatea demersului ergoterapeutic, în sensul corelării acestuia cu ansamblul altor direcţii de acţiune terapeutică. Principiul compensării şi al finalităţii social-umane a măsurilor terapeutice exprimă alte exigenţe în realizarea eficace a programelor de acţiuni ergoterapice.

Ergoterapia vizează ca finalitate majoră reabilitarea psihosocială a subiectului uman prin antrenarea sa în activităţi efective cu rol sanogenetic şi resocializant. Pentru amplificarea efectelor ei, se impune realizarea unei apropieri a condiţiilor ambiante din mediul spitalicesc de condiţiile obişnuite de viaţă, prin introducerea unor programe de activităţi pe măsura posibilităţilor fizice şi psihice ale pacienţilor.

O condiţie a eficacităţii acţiunilor ergoterapeutice este şi aceea a adecvării conţinutului lor la specificul potenţialului biopsihosocial restant, la natura şi stadiul bolii, la sfera abilităţilor, a intereselor şi aspiraţiilor specifice bolnavilor.

Un rol important revine şi activării „motivaţiei optime în raport cu munca, prin stimularea trebuinţei de a munci şi prin asigurarea conştientizării valorii şi virtuţilor complexe, sanogenetice ale muncii" (G. Ionescu, 1976, p. 450).

În acest sens, o primă regulă metodologică în acţiunile de ergoterapie o constituie aceea a individualizării activităţilor ergoterapice, în funcţie de potenţialul restant, de preferinţele sau posibilităţile predilecte ale pacienţilor, cît şi de anumite aspecte favorizante pentru desfăşurarea posibilă a anumitor forme de muncă. De aceea, se impune luarea în consideraţie a tuturor aspectelor specifice fiecărui caz, respectiv studiul caracteristicilor individuale privind: posibilităţile de susţinere a unui efort; preferinţele şi eventualele abilităţi sau înclinaţii speciale de care dispun bolnavii; potenţialul restant pe care îl posedă fiecare subiect, performanţele minime şi maxime pe care le poate atinge; interesul pe care îl manifestă pentru anumite tipuri de activităţi etc.

Experienţa noastră în acest domeniu ne-a evidenţiat faptul că, îndeosebi în cazul demersului recuperator complex al subiecţilor cu afecţiuni de ordin locomotor (survenite prin accidentare etc.), ergoterapia impune o atentă programare succesivă de acţiuni recuperatorii. Acestea presupun „utilizarea tuturor formelor de activităţi productive şi recreative prescrise cu scop terapeutic"; ele „continuă kineziterapia, completîndu-se reciproc prin procesele de reeducare activă, contribuind astfel la recîştigarea gesturilor şi operaţiilor utilitare, uzuale, cît şi a celor implicate în

activităţile profesionale, condiţii determinante pentru însuşi procesul complex de adaptare şi readaptare socială şi profesională. Etapa iniţială a procesului ergoterapic poate angaja mai ales *ergoterapia psihomotorie*, prin care se urmăreşte reantrenarea unor funcţii motrice solicitate în activităţi uzuale, pornind de la „gesturile" obişnuite în sfera vieţii cotidiene, a acţiunilor de autoservire etc. În cadrul ergoterapiei funcţionale, se selectează acele activităţi simple, de muncă, prin care se realizează, în mod specific, antrenarea funcţiilor afectate. Putem preciza că, în programele de ergoterapie funcţională se vor include treptat antrenamente orientate spre activităţi productive (în vederea activării funcţiilor alterate), procedînd progresiv, de la angajarea unor mişcări simple la activităţi mai complexe, care să nu depăşească însă pragul firesc al rezistenţei subiectului. Ca principiu în desfăşurarea optimă a programelor de ergoterapie, menţionăm: *cerinţa adecvării* şi *gradării activităţilor*; *cerinţa diferenţierii* şi *individualizării* acestora în funcţie de anumiţi factori, printre care menţionăm: vîrsta, sexul, profesia, natura, gradul sau complexitatea afecţiunii, preocupările predilecte ale pacientului, interesele, preferinţele, înclinaţiile şi aptitudinile sale etc. Toate aceste criterii vor fi respectate în unitate cu criteriul *adecvării* şi al *optimei concordanţe în raport cu obiectivele specifice* pe care trebuie să le împlinească programul ergoterapic-recuperator: restabilirea progresivă a capacităţii de muncă şi redobîndirea anumitor disponibilităţi de acţiune efective.

Programele ergoterapice, în cazul recuperării funcţionale „pe segmente", impun respectarea unor principii generale şi specifice în funcţie de fiecare segment corporal, în funcţie de traumatismul suferit etc. Aşa cum a rezultat din „sinteza" experienţei Institutului de expertiză şi recuperare a capacităţii de muncă (Bucureşti), pentru eficacitatea programelor ergoterapice în cazul deficienţilor locomotori, se recomandă utilizarea unor metode şi tehnici pentru fiecare segment, în funcţie de etapele demersului recuperator, adoptînd metode specifice în fiecare fază, înlănţuind sau corelînd metode şi procedee diferite, „aplicate continuu şi progresiv, în funcţie de gradul, tipul şi segmentele traumatizate" (Tamara Dobrin, N. N. Popescu, E. Mincef şi colab., p. 59—60). De asemenea, datele noastre, obţinute în contextul unor activităţi de asistenţă psihologică în cadrul laboratorului de sănătate mintală al Spitalului studenţesc ne-au relevat efectul pozitiv al unor terapii ocupaţionale, de la cele de profil cultural (lecturi, audiţii muzicale sau de artterapie prin pictură) la cele de tipul muncii în atelierul „Foto" ori al unor lucrări de tip artizanal etc. Am constatat că şi unele probe psihologice care generează solicitări similare sarcinilor de muncă intelectuală pot avea efecte similare oricăror altor forme de acţiuni ergoterapice.

Principiul *complementarităţii* între diferitele procedee terapeutice presupune firesc unitatea de acţiune a echipei terapeutice, armonizarea tipurilor de competenţă în scopul recuperării capacităţii de muncă, al readaptării în plan psihic, social şi profesional. Totodată, subliniem că şi în realizarea eficace a programelor de activităţi ergoterapeutice se impune principiul unităţii demersurilor diagnostice şi recuperatorii, pentru optima lor finalizare în folosul pacientului şi al comunităţii socioprofesionale. Este recomandabil să se înregistreze sistematic efectele şi progresele determinate de diferitele programe ergoterapice, în fiecare caz, pentru ca, pe această bază, să se precizeze evaluările cu caracter diagnostic şi prog-

nostic asupra situaţiilor proprii pacienţilor şi să se amelioreze permanent conţinutul programelor de acţiuni terapeutice.

Totodată, considerăm important să subliniem că se impune să avem permanent în vedere *sensul uman şi social al acţiunilor recuperatorii* : integrarea optimă a omului în situaţiile de muncă şi viaţă, de activitate socio-profesională accesibilă lui, reeducarea subiectului în raport cu cerinţele profesiunii de bază sau în relaţie cu meseria spre care este reorientat în funcţie de pregătirea sa, în situaţii de activitate şi viaţă cotidiană. De aceea, ergoterapia îşi poate împlini virtuţile ei multiple în strînsă unitate cu demersuri proprii socioterapiilor.

Subliniem că demersul acţiunilor de recuperare nu poate fi privit decît în legătură cu sensul real al proceselor de restabilire a funcţiilor normale caracteristice etapelor anterioare din viaţa şi activitatea subiectului, în limitele forţelor, ale posibilităţilor şi ale vocaţiei sale. Din această perspectivă, sarcina recuperării este aceea de reconstrucţie, de remodelare şi readaptare socioprofesională la o altă funcţie cît mai potrivită, reamplasînd omul într-un drum nou de evoluţie, optimă pentru el şi pentru societate, care să-i asigure o direcţie de integrare în munca utilă social, care să-i fie accesibilă lui, acceptată de el, însuşită efectiv, dar şi motivată pozitiv, care să-i confere o nouă perspectivă de realizare socială, profesională, valoric-umană. Important este ca, ceea ce va reuşi să realizeze să poată deveni util pentru el şi pentru societate, să-i ofere satisfacţie şi posibilităţi de evoluţie umană pozitivă.

Bibliografie

Brînzei, P., *Itinerar psihiatric*, Iaşi, Edit. Junimea, 1975.

Dobrin Tamara (coord.), H. Popescu, E. Mincef şi colab., *Studiu privind recuperarea capacităţii de muncă a deficienţilor locomotori prin accidentare*, Bucureşti, IERCM, 1974.

Ionescu, G., *Introducere în psihologia medicală*, Bucureşti, Edit. ştiinţifică, 1973.

Ionescu, G., *Ergoterapia*, în : *Psihiatrie* (red. V. Predescu), Bucureşti, Edit. medicală, 1976, p. 449—453.

Capitolul XIV

PSIHOTERAPIA ÎN CONDIȚIILE PSIHOFARMACOLOGIEI

Interacțiunea tratamentelor biologice și psihologice a ilustrat practica psihiatrică încă de la începuturile sale, cele două orientări terapeutice înregistrînd, succesiv, perioade de ascensiune și declin. Cu 30 de ani în urmă, odată cu descoperirea primului medicament neuroleptic-clorpromazina, s-a inaugurat o nouă știință, *psihofarmacologia*, care prin obiectivele sale, de modificare a comportamentelor și prin caracterul interdisciplinar, se situează „la încrucișarea științelor biologice și a științelor morale" (J. Delay, 1966, p. 1151).

Dezvoltîndu-se cu o rapiditate uimitoare, această nouă știință îndeplinea un vechi deziderat al psihologiei și medicinei, și anume acela de a influența, cu ajutorul unor substanțe farmacodinamic-active, funcțiile psihice, dar mai ales de a le normaliza în eventualitatea perturbării lor. Astăzi, după 30 de ani de utilizare clinică a psihotropelor se poate consemna că pentru gnoseologie și filozofie consecințele doctrinare ale acestui fapt sînt cel puțin la înălțimea succeselor terapeutice.

Apărută în domeniul psihiatriei, psihofarmacologia a pătruns și în alte arii ale medicinei, psihotropele fiind astăzi larg utilizate în bolile psihosomatice, precum și în chirurgie, respectiv în anesteziologie.

În psihiatrie, această nouă disciplină a făcut epocă deschizînd „era psihofarmacologică", iar prin restructurarea concepțiilor despre boala psihică a declanșat „revoluția psihofarmacologică". Aceasta a limitat, iar în unele locuri a înlăturat aplicarea procedeelor terapeutice devenite tradiționale, supunînd interogațiilor în special metodele psihologice ce nu-și găseau o validare și imediată obiectivare a rezultatelor clinice.

S-a cristalizat astfel *opoziția psihofarmacologie-psihoterapie*, care prin dispute doctrinare și-a găsit sorgintea în vechea dihotomie somă-psihic. Această fastidioasă clivare a fost extrapolată din filozofie în patologie, unde s-a concretizat prin *opoziția somatogenie-psihogenie*.

Prioritatea terapeutică din psihiatrie trimitea astfel la natura bolii psihice — psihofarmacologia ipostaziindu-i somatogenia, iar psihoterapia argumentîndu-i psihogenia. Disputa nu a fost însă purtată pe tărîmul filozofiei, ci în domeniul psihopatologiei, unde vechea confruntare a fost subliniată într-o atentă culegere și o răbdătoare decantare a rezultatelor clinice. Acestea sînt cu atît mai valoroase cu cît nu constau în ordonarea de argumente, ci în constatarea unor situații clinice concrete, în fapte de viață evidente, care ilustrează și sub acest unghi, al somatopsihogenezei, dialectica unității și unicitatea materialității.

Confruntările dintre psihofarmacologie și psihoterapie au ocazionat crearea unor noțiuni noi, a căror accepțiune nu servește atît la delimitarea unor aspecte ale domeniului, cît la ipostazierea elementului considerat esențial în desfășurarea tratamentului. Astfel, termenul de *farmacopsihoterapie* tinde să exprime sinteza celor două orientări terapeutice, respectiv

a „efectelor farmacodinamice și a relației chimioterapeutice cu relația personală și socială medic-bolnav, luată în sensul ei clinic" (H. J. de Barahona-Fernandez, 1966, p. 256). La rîndul lor, termeni ca *neurolepticopsihiatria* și *neurolepticoterapia* ar corespunde unei „concepții biologice despre boala mintală conform căreia, în timpul tratamentului ne ghidăm după faptul că unui anumit simptom îi corespunde... un anumit tip de prescripție" (J. Guyotat, 1975, p. 225).

Considerăm că noțiunile de *psihochimioterapie* și de *chimiatrie* au un conținut limitativ și un sens peiorativ fiind folosite mai ales de către psihanaliză, spre a ilustra, în concepția acestei doctrine, naivitatea pragmatică și ofensa etică de a trata procesele psihice prin substanțe chimice.

1. Originile opoziției între psihofarmacologie și psihoterapie

În anul 1952, data debutului oficial al psihofarmacologiei clinice, mișcarea ergoterapeutică era încă într-o impetuoasă dezvoltare, determinată de observațiile din perioada războiului conform cărora bolnavii psihici cronici, care în mod forțat părăsiseră azilele psihiatrice, se încadraseră cu un realism surprinzător în activități agricole și casnice din diverse gospodării în care ajuseseră întîmplător. Deși ferm încurajată, *ergoterapia* era însă prea puțin asistată de către medici, locul acestora fiind luat de așa-numiții instructori ergoterapeuți. Relația cu obiectul muncii ocupa astfel rolul principal, în timp ce relația terapeutică era trecută în subsidiar.

Considerăm că acest fapt a determinat în anii '50 amploarea și diversificarea *psihoterapiilor*, care ipostaziau relația cu pacientul, luat în sarcină direct de către terapeut. Acest lucru nu putea fi realizat însă decît cu un număr restrîns de pacienți, psihoterapiile fiind aplicate electiv și, desigur, restrictiv. Terapeuții se întreceau în ordonarea criteriilor de selecție relativ specifice fiecărei metode psihoterapeutice, *screening*-ul impus vizînd nu numai respectarea criteriului, ci și (mai ales) evaluarea prognosticului. În aceste condiții psihoterapeuții au obținut succese certe, dealtfel încă din start întrezărite. În plus, cum psihoterapiile erau axate pe tratamentul reacțiilor și stărilor nevrotice, cura terapeutică avînd o durată îndelungată, de luni și mai ales ani de zile, era greu de precizat în ce măsură la vindecare a contribuit psihoterapia, evoluția naturală a bolii sau forța vindecătoare a timpului.

În acest context, dezvoltarea *psihofarmacologiei* avea să înlăture avatarurile psihoterapiei prin generalizarea aplicării și facilitatea administrării. Aceste caracteristici, ca și formația pregnant medicală a terapeuților a determinat rapida răspîndire a psihofarmacologiei, favorizată de căutarea și descoperirea de noi psihotrope, fiecare dintre ele fiind investit cu tot mai intense speranțe terapeutice, pe măsura noutății sale. S-a ajuns astfel ca după numai două decenii de la apariția primului neuroleptic, numărul acestora, adăugat la ansamblul psihotropelor să depășească numărul produselor farmaceutice utilizate în toate celelalte ramuri ale medicinii, luate la un loc. Psihiatrul, pînă atunci lipsit de posibilitatea prescrierii de medicamente (cu excepția hipnoticelor și a unor sedative), era reinvestit ca medic și consacrat ca un terapeut abil și sofisticat.

2. Investiţie narcisică şi realitate farmacodinamică

Creşterea numărului psihotropelor şi succesiunea lor rapidă a făcut din psihiatru nu numai un terapeut (asemenea colegilor din alte ramuri ale medicinii), ci şi un abil cercetător, capabil să influenţeze şi să corecteze cele mai fine şi subtile tulburări ale psihologiei umane. Psihoterapiile sînt lăsate în umbră, eventual în seama psihologilor, psihofarmacologia conferind psihiatrului „fantasma puterii sale sub halatul de medic"... ce deţinea, totodată, „primatul medicamentelor necunoscute" (P. Balvet, 1965, p. 2) de către medicii altor domenii clinice.

Pe de altă parte, nu numai psihiatrul era investit ca terapeut cu virtuţi vindecătoare, ci şi neurolepticul era acreditat cu acţiuni farmacodinamice superioare celor reale. Aceasta corespundea nu numai speranţelor pacienţilor, ci şi proiecţiei psihiatrilor, recent dar înalt valorizaţi ca terapeuţi în ansamblul corpului medical.

Nu numai în domeniul clinic, ci şi în experimentarea şi validarea terapeutică a unor noi neuroleptice, investiţia narcisică a acestora „risca să întretaie şi să altereze aprecierea obiectivă a rezultatelor" (C. P. Racamier, L. Carretier, 1965, p. 63).

Relativ repede după lansarea neurolepticelor s-a constatat însă că acestea nu acţionează cauzal, situaţie datorată în special faptului că psihiatria nu a descifrat şi nu stăpîneşte încă etiologia bolilor psihice. Astfel, a devenit evident că neurolepticele acţionează mai degrabă periferic, simptomatologic şi eventual sindromologic, în special asupra agitaţiei şi dezordinilor afective, unele dintre acestea, incisivele, determinînd o scădere şi limitare în fenomenologia psihică, realizată pe cale chimică.

Apreciindu-se că neurolepticele „au o acţiune evidentă", se consideră totuşi că fără psihoterapie, această acţiune „riscă să rămînă simptomatică", întrucît „numai tehnicile psihoterapeutice permit să se meargă la fondul problemei" (A. Achaintre, P. Balvet, 1963, p. 79). Totodată psihoterapiei i se atribuiau valenţe etiologice, preconizîndu-se că ar fi „tipul de tratament cel mai cauzal şi cel mai puţin simptomatic dintre toate tipurile de terapie cunoscute", în timp ce „terapia farmacologică este doar un tip de tratament simptomatic" (S. Arieti, 1974, p. 527).

În studiile de specialitate, dar mai ales în concepţia terapeutică a psihiatrilor, au început să apară semne de ceea ce putem denumi *saturaţie neuroleptică*, de epuizare a elanului iniţial, iar numărul extrem de mare al neurolepticelor îl putem aprecia nu atît ca o expresie a eficacităţii, cît mai ales un indiciu al insatisfacţiei legate de acţiunile lor periferice, limitate. Mai mult chiar, forţa terapeutică pe care psihiatrul o găsise în psihofarmacologie se dovedea a nu fi „decît o fantasmă iluzoriu valorizată, o fantasmă care-i deforma chiar propria semnificaţie de psihiatru" (P. Balvet, 1965, p. 12). Într-adevăr, avîntul terapeutic pe care l-a adus în medicina psihiatrică medicaţia, a minimalizat şi a deformat în mod semnificativ relaţia : între pacient şi terapeut se intercalase neurolepticul care, servind ca element de referinţă, „învăluia" problematica omului aflat în suferinţă.

Problemele subiectivităţii insului, pentru moment ignorate, se cereau a fi reconsiderate şi reevaluate în mod răbdător, metodic şi cu aplomb ştiinţific. Pe acest fundal, metodele de psihoterapie, pînă atunci aplicate

în mod empiric își delimitează domeniul și își îmbogățesc conținutul. Apar noi metode de psihoterapie care-și propun să valorifice elemente sanogenetice ale laborioasei *cure psihanalitice*, după cum, pornind de la alte principii metodologice se extind *psihoterapiile comportamentale* sau prin *decondiționare*. Ca o replică terapeutică la limitarea ori sacrificarea subiectivității insului (în relația terapeutică) impusă de cura neuroleptică, apar *psihoterapiile umaniste*, ecouri și efecte concrete în domeniul psihopatologiei clinice al curentelor existențialiste.

Acest nou impuls de dezvoltare, reascensiune și revalorizare a psihoterapiei era determinat și de faptul că, cel puțin în anumite medii socioculturale, recurgerea la psihotrope era interpretată și trăită ca un fapt de nonangajare, de renunțare de-a lua în sarcină pacientul și de a-l orienta printr-o acțiune calificată și răbdătoare.

Atacul cel mai violent, mai angajat (pe care-l considerăm disproporționat) asupra psihofarmacologiei nu a venit, cum s-ar fi așteptat, din partea psihologiei (amplu implicată în studii farmacodinamice), ci din partea psihoterapiei psihanalitice.

3. Știința psihofarmacologică și psihoterapia psihanalitică

Printre alte merite ale psihoterapiei psihanalitice trebuie menționat și faptul că ea se bucură de adepți intransigenți și efectiv angajați. În lupta de opinii cu alte curente din medicină sau cu alte orientări terapeutice, ei s-au dovedit întotdeauna militanți total angajați, capabili să apere cu fervoare chiar principii terapeutice care nu-și găsesc argumentare. Siderată de apariția altor metode psihoterapeutice care-i împrumutau procedeele și noțiunile uitînd să-și mărturisească originile, ori dezavuată de alte orientări psihoterapeutice care-i invocau limitele și-i minimalizau succesele, psihanaliza și-a focalizat pulsiunile agresive generate de repetate refulări din domeniul psihopatologiei clinice asupra terapiei psihofarmacologice.

Un prim front de atac a fost de ordin noțional-semantic; astfel, în accepțiunea psihoterapeuților psihanaliști, substanțele psihotrope și, în special, neurolepticele au fost denumite „droguri" contaminîndu-le astfel de sensul cu o accepțiune peiorativ-negativă în care este folosită această noțiune, nu numai în ariile medicale ci și în anumite medii culturale. De asemenea, psihiatrul care folosea în practica terapeutică substanțele psihofarmacologice a fost denumit „prescriptor" sau „distribuitor de droguri", negîndu-i-se odată cu accesul la aplicarea metodelor psihoterapeutice aportul personal în edificarea și reușita actului terapeutic. În sfîrșit, el mai este denumit „chimiatru", iar științei pe care el o reprezintă îi este refuzat termenul consacrat de psihiatrie, ea fiind etichetată „chimiatrie" ca și cum aceasta ar fi abandonat problematica psihologică a tulburărilor psihice.

3.1. *Opoziția de principiu a psihanalizei față de psihofarmacologie* se bazează pe faptul că orice psihoterapie pleacă de la ceea ce trăiește bolnavul, iar medicul trebuie să adopte o atitudine adecvată pentru a-l scoate din cercul vicios al *apărărilor* sale; de asemenea, terapeutul trebuie să simtă și să înțeleagă bolnavul fără interferența vreunor aparate, substanțe sau sisteme explicative, pe care psihanaliza le respinge denumindu-le generic „ecrane". Medicamentul este denunțat ca unul dintre aceste ecrane,

fiind folosit de terapeut pentru „satisfacerea unui sentiment de putere" (A. Achaintre, P. Balvet, 1963, p. 84), vorbindu-se de „drogul biberon" sau „drogul lovitură de ciocan", metafore tendenţioase, dar nu lipsite de corespondenţe semantice. Conform psihoterapiei psihanalitice, singurul aparat capabil de a înregistra fenomenologia psihică a pacientului este psihismul terapeutului a cărui „neutralitate binevoitoare" îi asigură obiectivitatea în comunicare. În plus, psihanaliza acreditează comportamentul bolnavului cu un anumit sens, evident simbolic, pe care în concepţia sa, numai o perspectivă psihodinamică îl poate descifra şi reintegra în efortul răbdător al reconstrucţiei psihice.

În domeniul său aplicativ psihoterapia psihanalitică preconizează crearea între medic şi bolnav a unui „spaţiu analitic", în care singurul mod de expresie autorizat este cuvîntul" (P. Ginestet et al., 1979, p. 8). Orice intervenţie psihofarmacologică nu face decît să perturbe acest spaţiu, prejudiciind relaţia medic-pacient şi bineînţeles, vindecarea acestuia.

La rîndul lor, psihoterapiile de inspiraţie psihanalitică sînt orientate în două direcţii şi anume: a) asupra evoluţiei relaţiei medic-bolnav şi a fenomenelor care apar în cîmpul intersubiectiv şi b) asupra mutaţiilor structurale care apar în cursul psihoterapiei, printre care, reechilibrarea afectivă şi izolarea focarului psihotic joacă un rol predominant. Chiar şi în condiţiile acestor psihoterapii al căror scop constă în restabilirea echilibrului afectiv, şi nu în modificarea unor organizări conflictuale profunde (care constituie un scop al psihanalizei clasice), intervenţia psihofarmacologiei determină perturbări care se manifestă atît *la nivel raţional*, prin alterarea caracterului simbolic al schimburilor intersubiective, cît şi *la nivel structural*, intrasubiectiv, prin modificarea caracterului mutaţiilor psihopatologice care au loc în cursul terapiei. În plus, întrucît orice medicament este investit cu o valoare simbolică, prescrierea sa de către psihoterapeut ar „contamina" neutralitatea acestuia şi implicit ar perturba dinamica intersubiectivă a relaţiei sale cu pacientul. Tocmai de aceea printre principiile psihoterapiei psihanalitice se înscrie păstrarea „neutralităţii" psihoterapeutului şi menţinerea „asepsiei cîmpului analitic". Totuşi, în anumite situaţii, cînd securitatea imediată a bolnavului este în pericol, psihanaliza acceptă ca acestuia să i se ofere „cîrja farmacologică".

3.2. *Terapia bifocală — compromisul psihanalistului, impus de ameninţarea existenţei pacientului.* În cazurile de urgenţă psihiatrică, în stări depresive şi întotdeauna cînd bolnavii sînt animaţi de idei şi tentative autopunitive, psihanaliza acceptă ca aceştia să urmeze tratamente farmacologice active: la cura psihoterapeutică se adaugă medicaţia psihofarmacologică. Întrucît starea psihică a pacientului impune luarea totală în sarcină a acestuia, se consideră că este „logic nu numai de a conjuga abordarea chimică şi psihoterapeutică, ci şi ca ambele să fie furnizate de acelaşi terapeut" (C. P. Racamier, L. Carretier, 1965, p. 81). Sub aspect psihoterapeutic, medicul va putea astfel să folosească investiţia pozitivă a medicamentului acţionînd, totodată, psihologic asupra stării regresive a pacientului. Astfel, în practica terapeutică, medicul este determinat deseori de a juca simultan rolul chimioterapeutului şi al psihoterapeutului, „în funcţie de situaţia clinică", punînd pe prim plan „unul sau altul din aspectele personajului său" (G. Bouckson, 1965, p. 89).

În cazurile în care tratamentul se impune pentru o lungă durată, rolurile de psihoterapeut şi de chimioterapeut sînt diferenţiate şi asigurate,

de două persoane cu sarcini terapeutice distincte. Desigur, în aceste situații, psihanalistul nu va „prescrie droguri", ci va forma împreună cu un psihiatru *diada psihoterapeut-chimiatru*, în cadrul căreia primul își păstrează neștirbite valențele psihoterapeutice, în timp ce al doilea realizează prescripțiile psihofarmacologice. La anumite consfătuiri și congrese s-a insistat asupra faptului că și în aceste situații de *dualitate terapeutică*, pacientul trebuie încredințat psihanalistului, ilustrîndu-se astfel tendința hegemonică a psihanalizei asupra ansamblului terapiei bolnavilor psihici. S-a preconizat, de asemenea, ca și coterapeutul „prescriptor de droguri" să fie psihanalizat (supus desigur unei analize didactice), pentru a se realiza astfel o formațiune omogenă, în cadrul căreia cei doi terapeuți să-și poată schimba rolurile.

Totuși *terapia bifocală* nu pare să rezolve decît în parte perturbările (respectiv „contaminările și fenomenele de bruiaj") pe care le implică intervenția psihofarmacologică; în cel mai bun caz, prin această bifocalitate a terapiei pot fi eliminate alterări marginale (conjunctural-relaționale), deci intersubiective dintre pacient și psihoterapeut, rămînînd nerezolvate cele profunde, intrasubiective.

În ansamblul lor însă, aserțiunile privitoare la bifocalitatea tratamentului și la psihanalizarea psihofarmacologului au mai mult valoare metodologică decît aplicabilitate practică și ilustrează, așa cum se arată într-un studiu, asupra pozițiilor psihanalitice în fața chimioterapiilor psihiatrice „pretențiile hegemonice ale terapiei analitice" (Cl. Blanc, 1966, p. 707) fără ca acestea să fie însă acreditate cu rezultate terapeutice. Totuși, autorul citat, unul dintre protagoniștii psihanalizei moderne, care cu mai puțin de două decenii în urmă, încrezător în virtuțile metodei, îngăduia compromisuri declarînd că „analiștii se felicită că psihofarmacologia lărgește posibilitățile psihoterapiei și permite să abordăm cu un echipament conceptual analiza bolnavilor anterior refractari la orice psihoterapie veritabilă" (Cl. Blanc, 1966, p. 739), nu intuia ce contraargumente practice severe îi va aduce psihofarmacologia, pe care o accepta cu îngăduință, dar fără încredere.

3.3. *Evidențele psihofarmacologiei clinice și postulatele psihoterapiei.* În activitatea practică, psihanaliștii sînt însă mult mai concesivi decît în disputa teoretică și încă din perioada de ascensiune a psihofarmacologiei „mulți terapeuți de formație psihanalitică, deși cu rezerve, încep a accepta adăugarea chimioterapiei la metodele lor" (H. J. de Barahona-Fernandes, 1966, p. 285).

Totodată, supoziția psihanalitică în virtutea căreia intervenția neurolepticelor ar diminua dorința de vindecare a pacienților este pusă la îndoială, infirmîndu-se faptul că anularea anxietății ar diminua motivațiile pentru tratament în cadrul psihoterapiilor psihanalitice.

De asemenea, încă din perioada anilor '60, a început să se cristalizeze convingerea că în stările de urgență psihiatrică, mai ales în cele ocazionate de fenomenologia psihotică, intervenția psihofarmacologică apare nu numai ca o alternativă dezirabilă, ci și ca o indicație terapeutică incontestabilă. Totodată, într-o dezbatere ocazionată de aniversarea a două decenii de la apariția psihofarmacologiei, avînd ca temă „neuroleptice și psihoterapii", argumentîndu-se asocierea celor două orientări terapeutice se menționa că „deblocarea prin psihoterapie a unei stări de angoasă, care ar mobiliza o energie biologică importantă, nu constituie un argument

suficient pentru a respinge, în cursul psihanalizei, orice recurs chimioterapeutic" (J. P. Muyard, 1975, p. 288).

3.4. *Observații ale psihanaliștilor asupra utilizării comparative a psihoterapiei și neurolepticelor.* Acceptînd că „factorii psihodinamici" nu acoperă în întregime etiologia psihozelor, psihanaliza consideră actualmente că aceștia sînt factori esențiali ai determinării bolilor psihice și „pot fi modificați prin metode psihoterapeutice" menționîndu-se totodată că „psihoterapia nu atacă toate elementele etiologice" și „nu poate fi considerată complet specifică" (S. Arieti, 1974, p. 527).

Pornind de la această aserțiune concesivă, menționată și în alte studii de psihoterapie, numeroși psihanaliști, mulți dintre ei consacrați (L. Gottschalk et al. 1965; L. Bellack și S. Rosenberg, 1966; G. L. Klerman, 1975 etc.) au recurs la o „testare sistematică" a efectelor neurolepticelor asupra „proceselor psihodinamice". Astfel de studii au fost inițiate la începutul anilor '60 și se pare că G. J. Sarwer-Foner (1960) și M. Ostow (1962) au fost „primii psihanaliști care au discutat deschis problema posibilității utilizării medicamentelor în tratamentul orientat psihanalitic" (Myrna M. Weissman, 1981, p. 1314).

Subliniem că în această perioadă, deși s-a discutat deschis, problema nu a fost abordată sub aspectul opoziției psihofarmacologie/psihanaliză, ci numai din punctul de vedere al necesității corelării lor, adunîndu-se argumente în sprijinul complementarității metodelor. Se menționa însă că psihofarmacologia aduce doar o ameliorare a elementelor formale simptomatologice, numai psihanaliza avînd acces asupra *proceselor* patologice. Cu toate aceste limite, studiile citate au totuși meritul de a fi apărut într-o țară unde psihanaliza era consacrată, deținînd supremația terapeutică și într-o perioadă în care opoziția psihofarmacologie/psihoterapie părea ireductibilă.

Studii ulterioare asupra acestei probleme, efectuate de către B. P. Karon și G. R. Vandenbos (1972), s-au dovedit a fi mai cutezătoare, cel puțin sub aspectul metodologiei de cercetare, în care, s-au analizat comparativ, pe grupe paralele de pacienți, eficacitatea psihoterapiei psihanalitice „active" fără medicație, a psihoterapiei psihanalitice cu medicație neuroleptică adjuvantă și a medicației (fenotiazinice) fără psihoterapie. S-a constatat astfel influența favorabilă a substanțelor psihofarmacologice asupra curei psihoterapeutice psihanalitice. Acceptînd influența neurolepticelor asupra proceselor psihodinamice, psihoterapeuții psihanaliști considerau că răspunsul terapeutic final este determinat de modul în care ameliorarea simptomelor poate fi integrată în psihodinamica proprie a pacientului. Cu alte cuvinte, substanțelor psihofarmacologice li se atribuia rolul de adjuvante psihanalitice, aportul lor fiind remarcat în măsura în care puteau estompa defensele și conflictele, redistribuind energiile pulsionale în cadrul psihodinamicii personale.

Considerăm că ultimul act al disputei psihofarmacologie/psihanaliză este în curs de desfășurare, eficacitatea neurolepticelor în competiție cu psihoterapia psihanalitică fiind probată nu numai în privința pacienților cu psihoză acută, cît și în tratamentul pacienților psihotici cronici. Astfel, L. Grinspoon et al. (1972), L. Grinspoon și R. I. Shader (1975) au cercetat comparativ efectele psihoterapiei psihanalitice (de lungă durată) și al neurolepticelor asupra pacienților schizofrenici cronici. Elaborat după o metodologie riguroasă (rezultatele tratamentelor fiind consemnate în scale de evaluare comportamentală și simptomatologică) acest studiu,

care a durat peste doi ani, a consemnat, printre alte concluzii faptul că: — grupul de pacienţi, care a fost tratat cu fenotiazine şi psihoterapie psihanalitică, a obţinut rezultate „semnificativ superioare" faţă de grupul care a primit placebo şi psihoterapie psihanalitică; — pacienţii care au fost trataţi timp de doi ani prin psihoterapie psihanalitică şi placebo nu au înregistrat modificări ale stării psihopatologice; — pacienţii care au fost trataţi timp de doi ani prin psihoterapie psihanalitică, perioadă în care, timp de 10—12 luni au primit şi fenotiazine, au înregistrat ameliorări ale stării psihice numai în intervalul în care au urmat tratament psihofarmacologic, după care „starea lor s-a stabilizat" deşi psihoterapia psihanalitică a continuat. Menţionăm că în cadrul acestor studii tratamentul psihanalitic a fost asigurat de psihanalişti „seniori", precizarea impunîndu-se prin aceea că altor cercetări, cu rezultate asemănătoare li s-a reproşat faptul că în psihoterapie au fost folosiţi psihanalişti începători.

Cu toate că sînt edificatoare, aceste studii, ca şi altele similare, sînt încă puţin cunoscute şi nu pot fi considerate ca hotărîtoare. Ele au fost efectuate pe un număr restrîns de pacienţi selecţionaţi după un singur criteriu, acela al vechimii bolii, ignorîndu-se alte caracteristici ale acestei afecţiuni care cunoaşte o etiologie plurifactorială şi un polimorfism clinic extrem. Cu toate aceste considerente, studiile amintite sînt deosebit de semnificative şi nu mai puţin pertinente. Ele ridică mari semne de întrebare asupra eficienţei psihoterapiei psihanalitice în psihoze şi pun problema retrimiterii acesteia spre tratamentul stărilor marginale şi mai ales în nevroze.

La aceste considerente de opţiune şi metodologie terapeutică se adaugă actualmente aspecte de responsabilitate profesională şi morală determinate de studii recente care atestă că viitorul unui pacient psihotic depinde de oportunitatea tratamentului psihofarmacologic al primilor ani de boală. Această aserţiune este de natură să tempereze şi să limiteze elanul şi mai ales hegemonismul terapeutic al psihanalizei pe care continuatorii lui S. Freud l-au promovat cu fanatismul credinţei care le-a determinat un anumit grad de cecitate asupra datelor ştiinţei. Eroarea lor primordială constă în aceea că au uitat, ori fără îndoială au ignorat, ceea ce părintele psihanalizei, cu geniala-i intuiţie, a preconizat: „în viitor vom putea poate să exercităm o influenţă directă cu ajutorul substanţelor chimice speciale asupra cantităţilor de energie şi asupra distribuirii lor în aparatul mental". Aşa cum se subliniază, „acest viitor a devenit o realitate prezentă" (J. Delay, 1966, p. 1157) fapt ce este reconfirmat de studiile actuale cu vigoare şi cu semnificaţie elocventă.

4. Psihofarmacologia şi psihoterapia de grup

Dezvoltate din psihoterapiile individuale şi păstrînd în linii mari principiile lor metodologice, psihoterapiile de grup tind să ocupe un loc din ce în ce mai important în ansamblul tratamentelor psihiatrice, şi anume: — cuprinderea unui număr mare de pacienţi şi — efectuarea lor cu precădere în condiţii de spitalizare. Este posibil ca aceste aspecte să fi constituit argumente care au determinat cercetarea comparativă a celor două modalităţi terapeutice.

Într-un astfel de studiu, urmînd un procedeu dublu-orb, D. R. Gorham şi A. D. Pokorny (1964) au cercetat comparativ, pe trei grupe de pacienţi, efectele: — psihoterapiei de grup asociate cu tratament feno-

tiazinic; — psihoterapiei de grup fără fenotiazine și — tratamentului fenotiazinic fără psihoterapie. Ca primă și esențială observație a acestei cercetări este aceea că *terapia prin fenotiazine*, cu sau fără psihoterapie de grup, *a realizat cel mai înalt grad de ameliorare*. Totuși, asocierea psihoterapiei la tratamentul neuroleptic a determinat la pacienți o mai bună relaționare evidențiată prin tehnici proiective și prin chestionare.

Observații asemănătoare au fost făcute și prin analiza celor două modalități terapeutice aplicate pacienților schizofrenici aflați în tratament ambulator. Astfel, J. L. Claghorn et al. (1974) au asociat psihoterapia de grup la două loturi de bolnavi tratați diferit, cu două neuroleptice. Comparativ, au fost analizate alte două loturi de bolnavi tratați numai cu neuroleptice. Scopul acestei cercetări a fost dublu și anume, de a constata care din cele două neuroleptice este mai activ în tratamentul schizofreniei și în care asociere neuroleptică, psihoterapia de grup oferă rezultate mai bune. După șase luni de tratament s-a constatat că cele două neuroleptice (clorpromazină și tiotixen) au determinat ameliorări întru totul asemănătoare. De asemenea, *adăugarea psihoterapiei de grup* la două din loturile de pacienți tratați cu clorpromazină și cu tiotixen *nu a ridicat semnificativ calitatea ameliorărilor față de loturile care au primit aceleași neuroleptice fără psihoterapie*; totuși, pacienții care au făcut și psihoterapie au prezentat „modificări discrete" în privința fenomenologiei afective.

5. Psihofarmacologia și metodele psihoterapeutice moderne: psihoterapiile comportamentale sau prin decondiționare

Urmînd aceeași tendință de testare a eficacității diverselor metode terapeutice, unele studii au urmărit, comparativ, acțiunea tratamentelor psihofarmacologice și a psihoterapiilor comportamentale. Acest grup de psihoterapii pornesc de la premisa că „simptomul rezumă boala", înlăturarea fenomenologiei clinice fiind deci singurul scop al intervenției psihologice. Deși psihoterapeuții decondiționării nu-și pun cu rigoare problema naturii bolii (care pentru ei nu constituie o preocupare), din concepția lor se subînțelege că aceasta are o sorginte psihogenetică. În această situație, „răsunetul emoțional al situației patogene trebuie păstrat" și în consecință tratamentul psihofarmacologic asociat la psihoterapia prin decondiționare „este contraindicat" (P. Ginestet et al., 1979, p. 8).

Cu toate aceste aserțiuni teoretice, G. L. Paul et al. (1972), ca și R. P. Liberman et al. (1973), în urma unor studii comparative efectuate asupra pacienților schizofrenici cronici spitalizați, subliniază că terapiile comportamentale sînt „tot atît de eficiente" ca și substanțele psihofarmacologice.

Se pare că în psihozele afective, unipolar-depresive, tehnicile asertive au realizat ameliorări întrucîtva superioare celor obținute prin substanțe antidepresive. Astfel, se citează studiile efectuate de A. J. Rush (1977) care a aplicat unui grup de 41 depresivi, terapia comportamentală în ședințe bisăptămînale. Acest lot a fost comparat cu un altul în care pacienții primeau 250 mg. imipramină zilnic. După un tratament care a durat trei luni, ambele grupuri de pacienți au înregistrat scăderi semnificative ale simptomatologiei depresive. Totuși, spre deosebire de grupul tratat cu antidepresive, în grupul tratat prin psihoterapie comportamen-

tală, un număr de peste trei ori mai mare de bolnavi au prezentat o „remisiune completă a simptomelor, iar rata recăderilor la aceşti pacienţi a fost mai scăzută" (cf. Myrna M. Weissman, 1981, p. 1318).

6. Extinderea indicaţiilor psihoterapiei prin intermediul psihofarmacologiei

Urmărind evoluţia celor două principale mijloace terapeutice actuale, constatăm că opoziţia psihoterapiei la apariţia şi dezvoltarea psihofarmacologiei nu a fost justificată, minimalizarea sau negarea acesteia fiind excesivă şi disproporţionată. Respinsă din considerente teoretice, psihofarmacologia a trebuit să fie aplicată în virtutea necesităţilor practice, convergenţa terapeutică spre care se tinde fiind tot mai mult invocată de însăşi evoluţia clinică. Acest fapt a fost preconizat după primele observaţii clinice asupra efectului neurolepticelor şi subliniat în mod constant de către clinicieni cu cel mai înalt prestigiu; astfel, „nu numai că chimioterapiile n-au restrîns indicaţiile psihoterapiei, ci, dimpotrivă, le-au lărgit considerabil, făcîndu-le aplicabile la categorii de bolnavi care înainte nu beneficiau de ele. În majoritatea psihozelor, cura neuroleptică ridicînd obstacolele (barajul, delirul, agitaţia) antrenează posibilităţile de contact şi de relaţie interumană" (J. Delay, 1966, p. 1155).

Iniţial, această extindere a acţiunilor şi indicaţiilor psihoterapiei s-a realizat prin utilizarea substanţelor psihotrope (în special hipnotice, dar şi psihoanaleptice) la edificarea unor metode psihoterapeutice ca *narcoanaliza*, *weckanaliza* sau *şocul amfetaminic* şi *oniroanaliza*. Cu indicaţii limitate, aceste metode au dominat terapeutica psihiatrică a primului deceniu postbelic, pînă la apariţia neurolepticelor. Deşi bazate pe substanţe farmacologice, aceste metode terapeutice rămîneau în esenţa lor psihologice şi de aceea nu au determinat controverse teoretice. Ulterior însă, odată cu apariţia şi extinderea neurolepticelor, acestora li s-a recunoscut doar o acţiune superficială, periferică şi nespecifică.

Treptat însă, prin observaţii clinice şi mai ales prin studii psihologice, s-a constatat că substanţele psihofarmacologice au acţiuni farmacodinamice mai complexe şi întrucîtva caracteristice; s-a constatat astfel că psihotropele, deşi nu au o electivitate nozografică, dispun de o acţiune evident-sindromologică, ea fiind net determinată de structura chimică. Din acest punct de vedere, referindu-ne numai la grupa neurolepticelor, constatăm că, deşi există clinicieni care le acordă o acţiune „globală", diferenţiată numai prin mînuirea dozelor, studii mai aprofundate ilustrează existenţa unui spectru de acţiune ce poate fi cuprins între polul sedativ şi cel incisiv (P. A. Lambert şi L. Revol) sau între polul sedativ şi cel dezinhibitor (P. Deniker), după cum li se descriu „tipuri de acţiuni", ca „antiautiste", „antidelirante", „antimanice" etc. (J. Bobon).

Acest grad, desigur limitat, de specificitate farmacodinamică poate fi folosit cu succes în cura psihoterapeutică în funcţie de situaţia clinică. Astfel butirofenonele, prin ştergerea confuziei şi clarificarea conştiinţei pot aduce mai rapid bolnavul cu o stare reactivă în faţa psihoterapeutului, după cum, anularea fenomenologiei senzoriale psihotice permite abordări psihoterapeutice. De asemenea, substanţele tranchilizante, dar mai ales neurolepticele sedative, prin anularea anxietăţii pregătesc intervenţia psihoterapeutică în situaţiile de tensiune afectivă, după cum, timoanalep-

ticele permit efectuarea psihoterapiei în orice stare depresivă. În felul acesta, „psihotropele pot constitui o bază de aplicare pentru orice fel de psihoterapie" (H. J. de Barahona-Fernandez, 1966, p. 284). Desigur în aceste situații se recomandă individualizarea dozelor, pe care le preconizăm la un minimum necesar, precum și urmărirea îndeaproape a tratamentului încît doza să poată corespunde scopurile psihoterapiei și socioterapiei.

Substanțele psihofarmacologice pot fi utilizate în cadrul unei „deschideri" psihoterapeutice sau în anumite momente ale curei, de exemplu atunci cînd „survin faze de rezistență, în care bolnavul caută să scape de aprofundarea conflictelor" (C. P. Racamier, L. Carretier, 1965, p. 74). După cum am consemnat și cu altă ocazie, menționăm faptul că, indiferent de momentul intervenției lor, în afara tratamentului tulburărilor de conștiință, „psihotropele nu-și găsesc scopul terapeutic scontat decît într-un context și pe un fundal psihoterapeutic" (G. Ionescu, 1973, p. 132).

Actualmente, există observații conform cărora psihofarmacologia nu este folosită numai în psihoterapiile zise raționale, de susținere sau superficiale, ci și în cele de inspirație psihanalitică, unde rolul său constă nu numai în acțiunea antisimptomatică, ci și în reorganizarea psihodinamică. Aceste deplasări, deturnări și reorganizări ale „economiei psihice", realizate prin intervenții psihofarmacologice, pot servi scopurilor restauratoare ale psihoterapiei psihanalitice.

7. Tendința actuală generală a terapiei psihiatrice: asocierea mijloacelor psihofarmacologice și psihoterapeutice

Necesitatea asocierii psihofarmacologiei cu psihoterapia a fost preconizată imediat după lansarea în practică a neurolepticelor, cînd la colocviul de la Paris consacrat acțiunii clorpromazinei se menționa că „este absolut necesar ca aceste două mari forțe terapeutice, farmacoterapia și psihoterapia, să ajungă la un acord comun" (H. C. Rümke, cf. A. Achaintre, P. Balvet, 1963, p. 79). Astfel de opinii privind unitatea mijloacelor terapeutice psihiatrice au fost susținute și în perioada de avînt al substanțelor psihotrope, menționîndu-se că „este logic ca aceste două moduri de acțiune psihologică și psihofarmacologică să fie combinate, în scopul de a trata mai bine bolnavii, fie că ei sînt atinși de afecțiuni psihotice sau nevrotice" (L. Stévenin, J. C. Benoit, 1962, p. 420). Aceste aserțiuni apărute în cursul deceniului care a urmat descoperirii primului neuroleptic erau nu numai „logice", dar și necesare, fiind impuse de insaturația practicii terapeutice și de insatisfacția orientării exclusiviste farmaco- sau psihoterapeutice. Acuitatea acestor probleme a continuat să crească treptat, astfel încît după zece ani de utilizare terapeutică a neurolepticelor „raporturile dintre psihoterapie și psihofarmacologie să apară pe primul plan al preocupărilor specialiștilor din lumea întreagă" (L. Stévenin, 1965, p. 39).

Imperativul unității farmaco-psihoterapeutice, amplu dezbătut și argumentat de clinicieni, s-a dovedit comprehensibil, dar în metodologia sa concret-aplicativă era greu realizabil, fiind grevat de multiple impedimente printre care menționăm:

— spitalizarea, de relativ scurtă durată, impunea o acțiune terapeutică concentrată, eventual focalizată care nu putea fi realizată decît prin mijloace biologice și mai ales psihofarmacologice;

— fiind de scurtă durată, spitalizarea nu permitea realizarea unei psihoterapii propriu-zise care, de obicei, este larg eşalonată în timp, impunîndu-se a fi continuată după externare prin preluarea pacientului de către medicul din teritoriu;

— terapeutul ce asigură asistenţa ambulatorie, spre deosebire de cel din spital, are dificultăţi în aplicarea unui tratament neuroleptic optim din cauza efectelor secundare, constant manifestate chiar la posologii corespunzătoare;

— limitările impuse terapeutului din teritoriu în privinţa acordării concediilor medicale împiedică, de asemenea, aplicarea corespunzătoare a tratamentului psihofarmacologic, creînd facilităţi superioare aplicării tratamentului psihologic.

La aceste dificultăţi formale, dar în acelaşi timp reale, se adaugă altele pur medicale, de ordin farmacodinamic şi psihodinamic, privind modalitatea asocierii psihofarmacologiei cu psihoterapia, întrucît „folosirea medicamentelor în psihoterapie necesită un studiu individual foarte adîncit al acţiunii lor (în acelaşi timp biologică şi psihologică), ca şi punerea la punct a metodei psihoterapeutice adaptată acţiunii substanţelor întrebuinţate" (L. Stévenin, J. C. Benoit, 1962, p. 421).

Între factorii care împiedică sistematizarea raporturilor dintre psihofarmacologie şi tehnicile de psihoterapie se înscrie desigur şi „caracterul iraţional al comprehensiunii fenomenologice . . . căruia îi corespunde incertitudinea indicaţiilor psihofarmacologice" (P. Ginestet et al., 1979, p. 8). Nevoia asocierii psihotropelor la psihoterapie, ca şi metodologia acestei asocieri este cu atît mai insistent invocată de clinicianul psihiatru cu cît el cunoaşte limitele intervenţiilor strict psihologice şi apreciază beneficiile legate de specificitatea de acţiune şi de forţa substanţelor psihotrope; în acelaşi timp însă „el resimte nevoia unui studiu detaliat asupra principalelor modalităţi de asociere a chimioterapiei cu psihoterapia" (J. C. Benoit, 1965, p. 1).

Menţionăm însă că ceea ce s-a invocat încă de acum 20 de ani privind elaborarea unei metodologii a asocierii psihofarmacologiei cu psihoterapia nu s-a realizat, cu toate că această cerinţă a fost formulată în mod repetat; cu alte cuvinte, după cunoştinţa noastră, nu există în literatura de specialitate nici un studiu concret şi nici o lucrare teoretică referitoare la modul de combinare a celor două mijloace terapeutice, prejudiciindu-se astfel o reuşită mai deplină a tratamentului; aceasta cu atît mai mult cu cît, deşi chimioterapiile moderne printr-o utilizare oportună „au puterea" să reducă şi deseori să elimine manifestările clinice, „aceste progrese riscă să rămînă parcelare, unic simptomatice şi să dispară dacă nu utilizăm finalizări psihoterapeutice" (J. M. Sutter et al., 1965, p. 112).

8. Asupra unor modalităţi concrete de asociere a psihofarmacologiei cu psihoterapia

În lipsa unui studiu consacrat acestor probleme, redăm unele aprecieri şi observaţii care, deşi nu au fost experimental validate, pot servi ca orientare generală pînă cînd vor putea fi verificate. Astfel în schizofrenie, după estomparea fenomenologiei clinice acute, fără a întrerupe tratamentul psihofarmacologic, se recomandă o cură psihoterapeutică nepsihanalitică în sensul unei „pedagogii a realului". De asemenea, în cursul unei psihoterapii, se poate interveni psihofarmacologic atunci „cînd bolnavul se

găseşte într-un cerc repetitiv de atitudini stereotipe" (A. Achaintre, P. Balvet, 1963, p. 96). În aceste situaţii, efectul acţiunii neuroleptice se face imediat simţit fiind ilustrat şi în cadrul şedinţelor printr-un „nou nivel a fenomenelor defensive", în timp ce „producţiile psihotice sînt eliberate cu uşurinţă, cu slabă reţinere" (P. Bailly-Salin, 1975, p. 226).

Sub unghi opus, aplicarea unei psihoterapii în cursul tratamentului psihofarmacologic permite pacientului să tolereze mai bine „faza de acţiune latentă" a medicamentelor... „mărind totodată toleranţa la efectele secundare" (H. Ey, P. Bernard, Ch. Brisset, 1978, p. 1110). În ceea ce-l priveşte, terapeutul are astfel posibilitatea de a exploata modificările simptomatice „în vederea reluării controlului şi securităţii Eului", ameliorînd în acelaşi timp relaţia terapeutului cu pacientul în ultima fază a curei „pentru a nu eterniza dependenţa subiectului faţă de medicament şi de terapeut" *(ibidem)*.

La rîndul lor, clinicienii de orientare psihanalitică resimt insatisfacţia rezultatelor psihanalizei preconizînd, cel puţin pentru „cazurile extranevrotice", pe de o parte, modificări în „tehnica analitică", pe de altă parte, intervenţii psihofarmacologice. În acest sens, se subliniază că „utilizînd simultan resursele psihoterapiei inspirate din psihanaliză şi mijloacele farmacologice, noi dăm mai multe şanse terapeuticii" (C. P. Racamier, L. Carretier, 1965, p. 58).

Încercînd o sistematizare a influenţelor reciproce între psihofarmacologie şi psihoterapie, putem descrie anumite tipuri de interacţiuni posibile. Menţionăm însă că ele nu sînt univoc pozitive, în sensul că nu sînt convergente sau cumulative, astfel încît, constatăm, din ambele direcţii, efecte pozitive şi negative, după cum urmează:

— *efecte pozitive ale psihofarmacologiei asupra psihoterapiei*; sînt ilustrate prin reducerea simptomatologiei şi în special a tensiunii afective, anularea insomniei, ameliorarea capacităţilor de comunicare, a contactelor interpersonale, favorizînd apariţia unor noi posibilităţi de relaţionare;

— *efecte negative ale psihofarmacologiei asupra psihoterapiei*; sînt exprimate prin scăderea tonusului emoţional, a capacităţii de rezonanţă afectivă şi, consecutiv, prin „distanţarea" faţă de problematica situaţională şi interpersonală; se constată totodată o diminuare a motivaţiei de vindecare şi a capacităţii de participare la actul terapeutic, prin accentuarea regresiunii şi perpetuarea dependenţei, odată cu creşterea încrederii „magice" în terapeut; în ceea ce-l priveşte, avînd posibilitatea utilizării medicaţiei psihofarmacologice, terapeutul este încurajat de a folosi acest mijloc terapeutic facil, cu tentaţia de a-l mînui uneori mai mult în mod autoritar-agresiv decît tolerant-comprehensiv;

— *efecte pozitive ale psihoterapiei asupra psihofarmacologiei*; constau în primul rînd în facilitarea complianţei pacientului privind prescripţiile medicamentoase ale terapeutului; acest fapt, ale cărui implicaţii depăşesc ariile medicale avînd largi ecouri sociale, constituie totodată chezăşia realizării unei autentice relaţii interpersonale;

— *efecte negative ale psihoterapiei asupra psihofarmacologiei*; relativ rar întîlnite şi sporadic semnalate, constau mai ales în creşterea anxietăţii ori a ideaţiei psihotice, fapt ce interferează negativ acţiunea substanţelor neuroleptice.

10 COMPRIMATE

Glutetimid

NONIME :

ɔriden, glimid, gluthetimide, noxyron.

REZENTARE :

ɔmprimate cu 0,250 g glutetimid; plicuri ı 10 comprimate.

ɔMPOZIŢIE :

nil-etil-dioxopiperidin.

ÇŢIUONE FARMACODINAMICĂ :

ste un derivat piperidindionic înrudit cu arbituricele. Acţionează ca hipnotic (nebarituric) al cărui efect se instalează la aproxiıativ 30′ după administrare şi durează —8 ore. Ca şi barbituricele, scurtează perioaele de somn rapid sau fazele de somn cu vise, ı care au loc fenomene neurovegetative. 'rezintă şi proprietăţi antiacetilcolinice. Deermină inducţie enzimatică sporind activiatea sintetazei acidului deltaaminolevulinic. n doze mici are acţiune anxiolitică.

SYNONYMS :

Doriden, Glimide, Gluthetimide, Noxyron

PRESENTATION :

Tablets of 0.250 g gluthetimide, supplied in blister packs containing 10 tablets.

COMPOSITION :

Phenyl-ethyl-dioxopiperidine.

PHARMACODYNAMIC ACTION :

Glutetimid is a piperidinedionic related to the barbiturates. Acts as a hypnotic (non-barbituric). The absorption of Glutetimid is rapid and the effect is felt approximately 30 minutes after administration and lasts 4 to 8 hours. As with barbiturates, it shortens the periods of rapid sleep or the phases of sleep with dreams during which neurovegetative phenomena take place. It also possesses antiacetylcholinic properties. Glutetimid also has an enzymatic induction action, increasing the activity of delta-aminolevulinic acid synthetase. In small doses, it has an anxiolytic effect.

INDICAȚII :

Inductor al somnului la persoane cu dificultăți de adormire. Este un hipnotic cu acțiune medie, fără efecte secundare negative resimțite la trezire (astenie, ameţeli, cefalee). Întrucît acțiunea hipnotică este completată de cea sedativă, glutetimidul prezintă o indicație particulară la insomnicii anxioși, ca premedicație la bolnavii chirurgicali, în preanestezie ca și în obstetrică. Se utilizează ca adjuvant în tratamentul crizelor comițiale, întrucît potențează efectul medicației anticonvulsivante. În virtutea efectului tranchilizant este indicat în tulburările de somn din nevrozele cu componentă anxioasă ca și din stările depresiv-anxioase. Întrucît este bine tolerat și se elimină rapid, glutetimidul este indicat în insomniile persoanelor în vîrstă, ale pacienților cu afecțiuni cronice și psihosomatice.

ADMINISTRARE :

Oral, 0,250 g. ca sedativ, 0,500 g. ca hipnotic, cu 30' înainte de culcare. Ca preanestezic se administrează 0,500 g. în seara ce precede operația și 0,500—1 g. cu o oră înainte de anestezie. În obstetrică se administrează 0,500 g. în primul stadiu al travaliului. La copii se administrează în doze fracționate, în funcție de vîrstă : între 2—5 ani cu o posologie de 125 mg/24 ore iar între 6—12 ani, 250 mg/24 ore.

REACȚII ADVERSE :

rare și reduse ca manifestare, ilustrate clinic prin grețuri, senzație de vomă, uscăciunea mucoasei bucale, epigastralgii, oscilații tensionale. Foarte rar se remarcă erupții cutanate alergice, iar excepțional s-a constatat trombocitopenie, anemie aplastică, leucopenie.

CONTRAINDICAȚII :

practic, glutetimidul nu prezintă contraindicații și nu determină incompatibilitate sau reacții încrucișate cu alte medicamente. Întrucît induce totuși enzime microsomale hepatice și stimulează sinteza porfirinelor, se impune prudență în porfiria hepatică și nu se administrează la persoanele care prezintă hipersensibilitate sau alergie la glutetimid.

INDICATIONS :

Glutetimid induces sleep in subjects who hav difficulties in falling asleep. It is a hypnoti with a medium action, without untowar side effects on awakening (asthenia, dizziness headache). As the hypnotic effect is complete by a sedative effect, Glutetimid is particu larly indicated in the treatment of anxiet insomnia, as premedication in surgery, pre anesthesia and in obstetrics. It is recommend ed as adjuvant in the treatment of epilepti seizures as it potentiates the effect of th anticonvulsivant medication. By virtue o its tranquilizing effect, it is indicated in th sleep disturbances of neuroses with an anxiet component and in depressive-anxiety states As it is well tolerated and rapidly eliminated Glutetimid is recommended in the treatmen of insomnia in the elderly, or in patients wit chronic and psychosomatic diseases.

DOSAGE AND ADMINISTRATION:

Oral : 0.250 g as sedative, 0.500 g as hyp notic, 30 minutes before bed-time ; 0.500 as preanesthetic on the evening precedin surgery, and 0.500—1 g, one hour befor anesthesia. In obstetrics, it is administere in the first stage of labour in a 0.500 g dos Children should be given fractional dose in terms of age : from 2 to 5 years, 125 mg/2 hours and from 6 to 12 years, 250 mg/2 hours.

ADVERSE EFFECTS :

are rare and mildly manifested clinically nausea, sensation of vomiting, dry mouth epigastralgia, blood pressure oscillations. Al lergic skin rashes are very rarely observed and thrombocytopenia, aplastic anemia an leukopenia are exceptional.

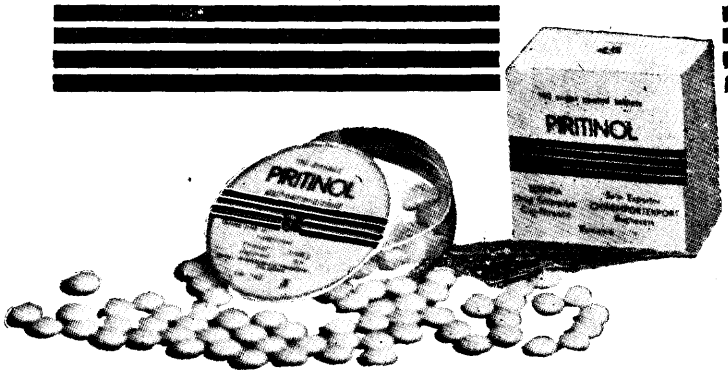
CONTRAINDICATIONS :

Glutetimid has virtually no contraindica tions, it does not produce incompatibility o interactions with other drugs. Yet, since i induces hepatic microsomal enzymes an stimulates the synthesis of porphyrins, ca tion is recommended in hepatic porphyri It is not to be administered to individual presenting hypersensitivity or allergy to Glu tetimid.

Manufactured by TERAPIA, Cluj-Napoca, Romania
Sole Exporter : CHIMIMPORTEXPORT
ForeignTradeCompany,10RepubliciiBlvd.,Bucharest,RomaniaCables : CHIMIMPORTEXPOR
BUCHAREST Phone : 13.04.40—14.22.69 Telex 01.11.94—01.11.69 P.O.B.—1—74.

100 drajeuri de

PIRITINOL



100 sugar coated tablets

PIRITINOL

TERAPIA
Drug Enterprise
Cluj-Napoca

Sole Exporter
CHIMIMPORTEXPORT
Bucharest
Romania

INONIME :

ncephabol, enerbol, pyritioxin, pyritinolum

'REZENTARE :

rageuri, conținînd 0,100 g. clorhidrat de piri-nol; cutii cu 5 folii a 20 drageuri.

OMPOZIȚIE :

is (3-hidroxi-4-hidroximetil-2-metil-piritinol -metil)disulfur.

CȚIUNE FARMACODINAMICĂ :

sihostimulent, antidepresiv. Piritinolul este n activator al metabolismului cerebral, acțio-înd printr-un mecanism de reglare meta-olică la nivel neuronal. În plus, activează ecerile prin bariera hematoencefalică și reește utilizarea glucozei din creier.

CȚIUNE PSIHOFIZIOLOGICĂ :

reește rezistența la oboseala nervoasă, crește activitatea psihică, ameliorează coordona-a psihomotorie, potențează funcția prosexică capacitatea mnezică. Reduce tulburările e atenție și memorie prin creșterea posibi-tăților de fixare și evocare. Asigură carac-rul fiziolgic al somnului își reglează ritmul omn/veghe.

SYNONYMS :

Encephabol, Enerbol, Pyritioxin, Pyritinolum

PRESENTATION :

Piritinol is available in tablets containing 0.100 g piritinol hydrochlorate; it is supplied packed in boxes containing 5 blister packs of 20 tablets each.

COMPOSITION :

Bis (3-hydroxy-4-hydroxymethyl-2-methyl-pyrithynol-3-methyl) disulfur.

PHARMACODYNAMIC ACTION :

Psychostimulant, antidepressive. Piritinol activates the metabolism of the brain by a metabolic mechanism of regulation at neuronal level. In addition, it activates passage through the blood-brain barrier and increases the uptake of glucose by the brain.

PSYCHOPHYSIOLOGIC ACTION :

Piritinol increases resistance to nervous fatigue, augments psychical reactivity, improves psychomotor coordination, potentiates the prosexual function and mnemic capacity; mitigates attention and memory disturbances by increasing fixation and evocation abilities; ensures the physiologic quality of sleep and regulates the sleep/wakefulness rhythm.

NDICAȚII :

ıri de surmenaj, astenie psihică, tulburări ;nitive din nevroze, stări depresive, into- aţii, encefalite, stări postencefalitice, tul- rări psihice pe fondul alcoolismului cronic special sindromul amnestic alcoolic) psiho- droame consecutive traumatismelor cranio- ebrale. La vîrstnici, piritinolul este indicat insuficienţele cerebro-vasculare cronice, stările postictale ca şi în psihosindroamele ebrale organice. Este indicat de asemenea stările confuzionale episodice ale bătrî- or ca şi în deteriorarea cognitivă de natură 'olutivă. Se administrează la copii cu întîr- ri în dezvoltarea psihomotorie, cu instabi- ıte psihomotorie, cu tulburări de compor- nent. Datorită posibilităţii de ameliorare coordonării psihomotorii, piritinolul este licat în tratamentul unui amplu evantai tulburărilor psihomotorii, de la sindromul ›erkinetic la diskinezia tardivă, ca şi în icienţele mintale sau la copii cu dificultăţi lare.

DMINISTRARE :

ıl, la adulţi 400—600 mg/24 ore în două ze ; la copii 100—300 mg/24 ore, în funcţie vîrstă şi condiţia psihopatologică. Trata- ntul este continuat cîteva luni, efectele orabile fiind observabile clinic după o ioadă de cel puţin două săptămîni de ninistrare.

EACŢII ADVERSE :

:ranţa piritinolului este foarte bună. Foarte pot fi constatate stări de irascibilitate, :ietate, cefalee sau excitabilitate, în special :ncefalopaţi sau în cazuri de supradozare. eori, pot apare erupţii cutanate, greţuri, ă epigastică. Nu prezintă contraindicaţii.

INDICATIONS :

In the treatment of overwork, psychical asthenia, cognitive disorders in neuroses, depressive states, intoxications, encephalitis, postencephalitic states, psychical disorders against a background of chronic alcoholism (especially in the alcoholic amnesia syndrome), psychosyndromes after head injuries. In the elderly, Piritinol is indicated in chronic cerebrovascular insufficiency, in postictal states and in organic cerebral psychosyndromes. It is likewise indicated in the episodic confusional states in the elderly and in involution cognitive deterioration. It is administered to children with delayed psychomotor development, psychmotor instability, behavioural disorders, as it alleviates psychomotor coordination. Piritinol is indicated in a wide range of psychomotor disturbances, from the hyperkinetic syndrome to late dyskinesia, as well as in mental deficiency or in children with school problems.

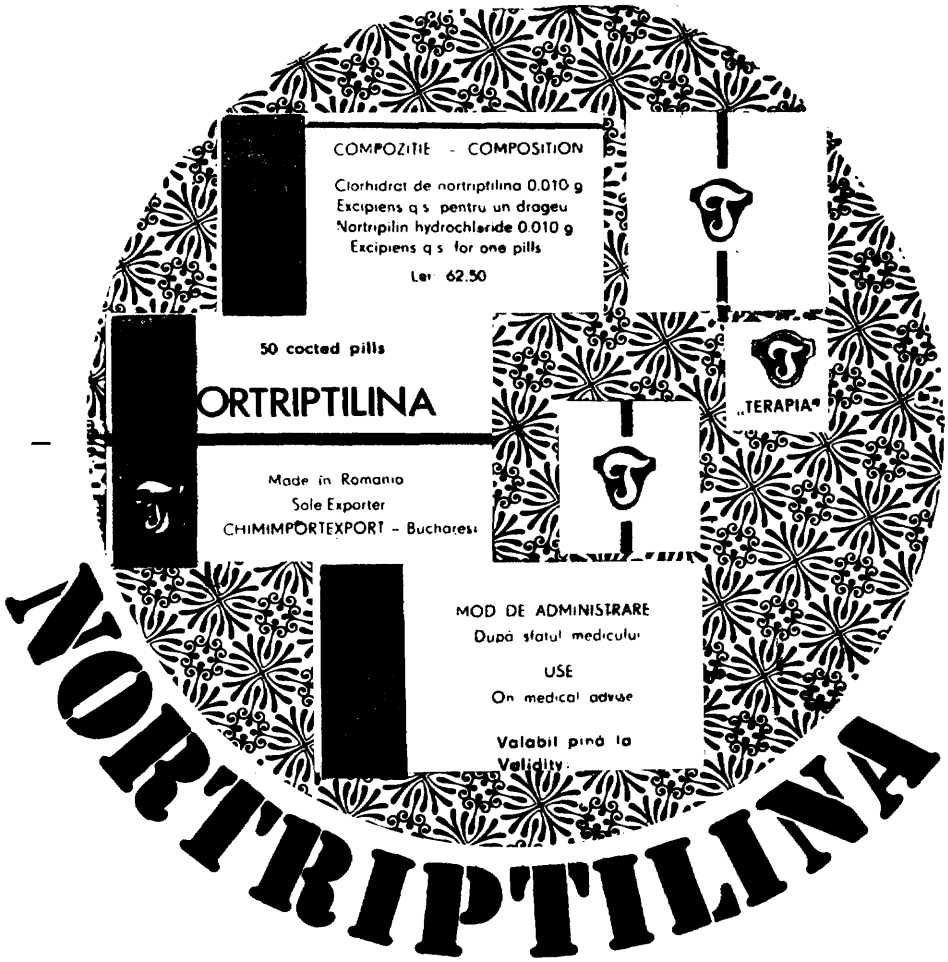
DOSAGE AND ADMINISTRATION :

Adults 400—600 mg/24 hours given in two divided doses ; *children* 100—300 mg/24 hours according to age and psychopathologic condition. The treatment is continued for several months, the favourable effects being observed clinically only after a period of at least two-week administration.

ADVERSE EFECTS :

Piritinol is very well tolerated ; states of irritability, anxiety, headaches or excitability are rarely observed, especially in encephalopathies or overdosage. Nausea, skin rashes or epigastric pains may appear in some cases. There are no contraindications.

Manufactured by TERAPIA, Cluj-Napoca, Romania
Sole Exporter : CHIMIMPORTEXPORT
reignTradeCompany10 Republicii Blvd., Bucharest, Romania Cables : CHIMIMPORTEXPORT
BUCHAREST Phone : 13.04.40—14.22.69 Telex 01.11.94—01.11.69 P.O.B. —1 —74.



:NONIME :

:texa, allergron, altilev, ateben, aventyl, :itren, nortab, nortrilen, norzepine, psy-)stYl, sensaval, sensival, vividyl.

REZENTARE :

jeuri cu 0,010 g clorhidrat de nortriptilină ; :oane cu 50 drajeuri.

)MPOZIȚIE :

;amamonometilaminopropiliden)-5H-diben- (1,4)-cicloheptadien.

CȚIUNE FARMACODINAMICĂ :

tidepresiv triciclic demetilat cu spectru g, sedativ și antianxios, anticolinergic mo-at, antihistaminic important. În doze mici, ențează efectele simpatomimeticelor (adre-ina, noradrenalina, izoprenalină). La acțiu- antidepresivă, se adaugă și aceea psiho-aulentă, proprietățile sale sedative fiind reduse decît acelea ale amitriptilinei.

SYNONYMS :

Acetexa, Allergron, Altilev, Ateben, Aventyl, Noritren, Nortab, Nortrilen, Norzepine, Psychostyl, Sensaval, Sensival, Vividyl.

PRESENTATION :

Tablets containing 0.010 g nortriptyline hydrochlorate supplied in bottles of 50 tablets.

COMPOSITION :

5-(gamma-monomethylaminopropyliden)-5H-dibenzo(1,4)-cycloheptadien.

PHARMACODYNAMIC ACTION :

Broad spectrum tricyclical demethylated antidepressive, sedative and anxiolytic, with a moderate anticholinergic and marked antihistaminic action. In small doses, potentiates the effects of sympathomimetics (adrenaline, noradrenaline isoprenaline). Additive to the antidepressive action is its psychostimulant effect, its sedative properties being more reduced than those of Amitriptilin.

NDICAȚII :

sihoze depresive cu manifestări anxioase, eacții depresive, nevroze cu componentă epresiv-anxioasă, psihastenii rebele la alte ratamente, depresii secundare, depresii inhiate (abulice), depresii de involuție.

DMINISTRARE :

nstituirea tratamentului se face progresiv, ncepînd cu 30 mg/zi pînă la 60—70 mg/zi n tratament ambulator, mărind doza la 50 mg/zi, în tratament, spitalizat.

REACȚII ADVERSE :

Remarcate mai ales la instituirea curei, sînt lustrate clinic prin : somnolență, amețeli, cefalee, tulburări de coordonare motorie, tahicardie, palpitații, aritmii. Pot să apară reacții digestive manifestate prin grețuri, senzație de vomă, anorexie, jenă epigastrică, accelerarea tranzitului. Datorită efectului stimulant mai puternic decît cel antidepresiv, nortriptilina poate determina inversarea dispoziției depresive, cu viraj maniacal, ca și creșterea potențialului suicidar (prin dezinhibiție psihomotorie). A fost semnalată agravarea unor psihoze ca schizofrenia și paranoia.

PRECAUȚII :

Nortriptilina se administrează cu prudență în asociere cu alte antidepresive ca și cu substanțe deprimante centrale, datorită efectului depresor sinergic asupra S.N.C.. Alcoolul are o acțiune sinergică cu nortriptilina, determinînd potențarea efectelor sale, în timp ce barbituricele favorizează metabolizarea nortriptilinei (prin efect inductor enzimatic), reducînd acțiunea farmacodinamică a acesteia.

CONTRAINDICAȚII :

cardiopatia ischemică, perioada de postinfarct miocardic, insuficiență cardiacă, aritmii, hipotensiune arterială, glaucom cu unghi îngust, adenom de prostată, miastenie, hipertiroidie, epilepsii, alergie la nortriptilină, primul trimestru al sarcinii, copii sub 12 ani.

INDICATIONS :

Depressive psychoses with anxiety manifestations, depressive reactions, neurosis with a depressive-anxiety component, psychasthenia refractory to treatment, secondary depression, inhibition depression (abulia), involutional depression.

DOSAGE AND ADMINISTRATION :

The treatment is instituted progressively starting with 30 mg up to 60—70 mg/day in outpatient treatment, and increasing the dose to 150 mg/day in hospital treatment.

ADVERSE EFFECTS :

The most frequent adverse reactions, especially at the beginning of the treatment are: drowsiness, dizziness, headache, motor coordination disturbances, tachycardia, palpitations, arrhythmia. Digestive reactions have also been reported : nausea, a sensation of vomiting, anorexia, epigastric pains, accelerated transit. Since its stimulant effect is stronger than its antidepressive effect, Nortriptilin may occasionally reverse a depressive mood, towards manic manifestations, and increase the suicide potential (by psychomotor deinhibition). Aggravation of certain psychoses such as schizophrenia and paranoia has been reported.

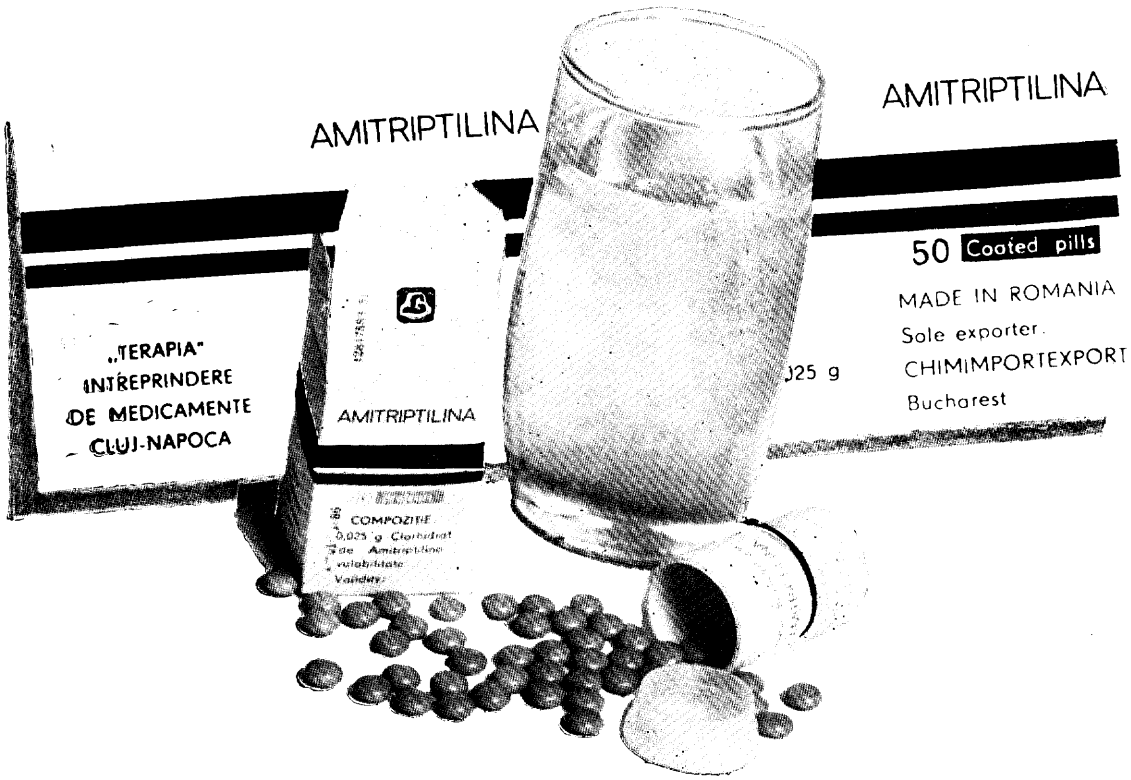
PRECAUTIONS :

Careful consideration should be given during the administration of Nortriptilin to the association of other antidepressants or central depressants, because of the synergic depressor effect upon the CNS. Alcohol has a synergic effect with Nortriptilin, potentiating its effects, whereas barbiturates favour its metabolization (by anenzymatic inductor effect), reducing its pharmacodynamic action.

CONTRAINDICATIONS :

Ischaemic heart disease, post-myocardial infarction, heart failure, arrhythmia, arterial hypotension, narrow angle glaucoma, adenoma of the prostate, myasthenia, hyperthyroidism, epilepsy, allergy to Nortriptilin, the first three months of pregnancy, children under the age of 12 years.

Manufactured by TERAPIA, Cluj-Napoca, Romania
Sole Exporter : CHIMIMPORTEXPORT
ForeignTradeCompany10RepubliciiBlvd.,Bucharest, RomaniaCables : CHIMIMPORTEXPORT
BUCHAREST Phone : 13.04.40—14.22.69 Telex 01.11.94— 01.11.69 P.O.B. : 1—74



NONIME :

epril, amitriptyline, domicol, elavil, elatrol, dep, horizon, laroxyl, lentizol, redomex, oten, sarotex, teperin, tryptizol, triptanol, en.

OMPOZIȚIE :

gamma-dimetilaminopropiliden)-5H-diben- 1,4-cicloheptadien.

REZENTARE :

ijeuri conținînd 0,025 g. clorhidrat de amiptilină ; *fiole* de 5 ml. soluție apoasă injecbilă cu 0,050 g. clorhidrat de amitriptilină itii cu 100 fiole).

CȚIUNE FARMACODINAMICĂ :

itidepresiv triciclic dibenzocicloheptadienic, iitriptilina posedă în plus proprietăți seda- e și anxiolotice. Este un anticolinergic itral și periferic, avînd acțiune de poten- e a efectelor simpatomimeticelor (adrena- a, noradrenalina, izoprenalina). Este de emenea, antihistaminic și antiserotoninic.

SYNONYMS :

Adepril, Amitriptyline, Domicol, Elavil, Elatrol, Endep, Horizon, Laroxyl, Lentizol, Redomex, Saroten, Sarotex, Teperin, Tryptizol, Triptanol, Uxen.

COMPOSITION :

5-(gamma-dimethylaminopropyliden)-5H-dibenzo-1.4-cycloheptadien.

PRESENTATION :

Amitriptilin is available in *tablets* of 0,025 g amitriptyline hydrochlorate, and *vials* containing an aqueous injectable solution of 0.050 g amitriptyline hydrochlorate (boxes of 100 vials).

PHARMACODYNAMIC ACTION :

A tricyclic dibenzocycloheptadien antidepressive, Amitriptilin also possesses sedative and anxiolytic properties. It is a central and peripheral anticholinergic, potentiating the effects of sympathomimetics (adrenaline, noradrenaline, isoprenaline). It is likewise an antihistaminic and antiserotoninic.

INDICAȚII :

Stări depresive cu componentă anxioasă : psihoze depresive, stări depresive reactive, nevroze cu fenomene depresiv-anxioase, depresii de involuție, enurezis. Efectele pozitive ale amitriptilinei apar mai rapid decît în cazul imipraminei, fiind ilustrate în primul rînd prin anxioliză, ameliorare a somnului și a apetitului.

ADMINISTRARE :

Oral, 75—150 mg/zi, în 2—3 prize, doza mai mare administrîndu-se vesperal. În stări depresiv-anxioase severe, ca și la pacienți spitalizați, amitriptilina poate fi utilizată într-o posologie de 100—300 mg/zi. Se recomandă instituirea progresivă a tratamentului pînă la stabilirea dozei de întreținere, ca și reducerea progresivă a dozelor, în vederea încheierii curei. În stări de urgență se poate administra în *perfuzie* venoasă (1—2 fiole în 500 ml ser glucozat izotonic). La pacienți vîrstnici, dozele sînt mult mai reduse de 0,010 g × 3/zi. În enurezis : copii sub 6 ani, 10 mg la culcare, între 6—10 ani, 10—20 mg. între 11—16 ani, 20—50 mg/zi.

REACȚII ADVERSE :

Uscăciunea mucoasei bucale, grețuri, senzație de vomă, hipotensiune ortostatică, tahicardie, tulburări de acomodare cristaliniană, vertij, somnolență. În psihozele afective bipolare, tratamentul depresiei cu amitriptilină poate determina o inversare rapidă a dispoziției și apariția unor manifestări maniacale.

PRECAUȚII :

Amitriptilina se administrează cu prudență la pacienții hipertensivi și coronarieni, întrucît poate favoriza ischemia miocardică prin prelungirea timpului de conducere atrioventriculară ; favorizează apariția tahicardiei și a aritmiilor. Amitriptilina favorizează apariția crizelor convulsive la pacienți epileptici. Nu se asociază cu I.M.A.O. existînd pericolul unor reacții toxice grave ; prescrierea produșilor I.M.A.O. nu se poate face decît după 2 săptămîni de la întreruperea tratamentului cu amitriptilină.

CONTRAINDICAȚII :

stări de postinfarct miocardic, glaucom cu unghi îngust, adenom de prostată, tratament cu I.M.A.O., intoleranță și alergie la amitriptilină, primul trimestru de sarcină.

INDICATIONS :

In the treatment of depressive states with an anxiety component : depressive psychoses, reactive depressive states, neurosis with depressive-anxiety phenomena, involutional depression, enuresis. The favourable effects of Amitriptilin appear more rapidly than those of Imipramine, initially reflected by anxiolysis, improved sleep and appetite.

DOSAGE AND ADMINISTRATION :

Oral administration 75—150 mg/day in 2—3 divided doses, the evening dose being greater than the daytime doses. In severe depressive-anxiety states and in hospitalized patients the dosage may be increased to 100—300 mg/day. It is recommended to institute the treatment progressively until the maintenance dose is established, and to withdraw it gradually. In states of emergency, Amitriptilin may be given by intravenous *infusion* (1—2 vials in 500 ml isotonic glucose serum). In the elderly, the dose is 0.010 g three times daily. In enuresis : in children under 6 years 10 mg at bedtime, from 6 to 10 years 10—20 mg, and from 11 to 16 years 20—50 mg/day.

ADVERSE EFFECTS :

Dry mouth, nausea, a sensation of vomiting, orthostatic hypotension, tachycardia, difficulties in visual accommodation, vertige, drowsiness. In bipolar affective psychoses, Amitriptilin may bring about rapid inversion of the patient's mood and the onset of manic manifestations.

PRECAUTIONS :

Amitriptilin doses should be carefully titrated in hypertensive and coronary patients as it may favour myocardial ischaemia by lengthening atrioventricular conduction ; tachycardia and arrhythmia have likewise been reported. Amitriptilin favours the onset of convulsive seizures in epileptic patients. It should not be administered together with I.M.A.O. because of the risk of severe toxic reactions. I.M.A.O. products can only be prescribed two weeks after interrupting the treatment with Amitriptilin.

CONTRAINDICATIONS :

Post-myocardial infarction, narrow angle glaucoma, adenoma of the prostate, I.M.A.O. treatment, intolerance or allergy to Amitriptiline, the first three months of pregnancy.

Manufactured by TERAPIA, Cluj-Napoca, Romania
Sole Exporter : CHIMIMPORTEXPORT
Foreign Trade Company 10, Republicii Blvd., Bucharest, Romania, Cables : CHIMIMPORTEXPORT BUCHAREST Phone : 13.04.40—14.22.69 Telex 01.11.94 — 01.11.69 P.O.B. : 1—74

Această sistematizare este larg orientativă și menționăm că interacțiunea dintre psihofarmacologie și psihoterapie (deși se cere atent studiată) nu poate fi standardizată, în practică dovedindu-se a fi individualizată.

Asocierea celor două mijloace terapeutice, atît de diferite în plan metodologic-procedural, cît și în mecanismul lor acțional, impune analiza atentă nu numai a acțiunii farmacodinamice în contextul modificărilor psihodinamice, ci și interacțiunea acestor procese, declanșate pe căi și prin mijloace diferite. Fiind „evident că chimioterapia și psihoterapia sînt chemate să se unească și să se articuleze tot mai strîns" (Cl. Conté, 1965, p. 93), se impune acum cunoașterea modului și mecanismelor prin care acțiunea farmacodinamică este susceptibilă să influențeze și să reorganizeze procesualitatea psihodinamică. Este posibil ca rezultatele unor astfel de cercetări să determine reorientarea atitudinilor noastre privind alegerea metodei psihoterapeutice, care nu se va mai face în funcție de caracteristici nosografice, ci de reacțiile personale ale pacientului și de modificările psihologice relativ specifice, produse de substanțele psihofarmacologice.

Studiile comparative asupra eficacității psihofarmacologiei sau psihoterapiei în ansamblul terapeuticii psihiatrice sau numai al unor entități nosografice au ca scop să sedimenteze și să cristalizeze controversele asupra priorității sau exclusivității unuia dintre mijloacele terapeutice. Fără îndoială că studii mai numeroase, mai ample și mai reprezentative vor aduce noi clarificări în această alternativă terapeutică asupra căreia majoritatea dezbaterilor au fost teoretice și bazate pe observații empirice.

În stadiul actual al cercetărilor, opiniile psihiatrilor converg spre un consens farmacopsihoterapeutic în cadrul căruia, în funcție de caracterul entității nosografice și aspectul manifestărilor clinice, vor fi stabilite oportunitățile terapeutice. Există suficiente argumente pentru ca „să se realizeze o reunire armonioasă și științifică a metodelor psihologice cu cele chimioterapeutice atît în sensul precizării dinamicilor psihologice induse de tratamentul medicamentos psihotrop, cît și în cel al stabilirii indicațiilor și ponderii comune a celor două metode discutate" (V. Predescu, L. Alexandrescu, T. Ciurez, 1980, p. 164). Acest lucru se impune actualmente ca o necesitate axiomatică, cu atît mai mult cu cît, cercetările asupra etiopatologiei bolilor psihice ilustrează natura lor plurifactorială. Pornind de la această constatare, „concepțiile contemporane despre boala psihică recunosc că evoluția tulburărilor psihiatrice majore poate fi influențată atît de factori psihologici, cît și biologici" (S. Marder, 1981, p. 359). În cadrul acestei sinteze terapeutice, dialectica relației psihofarmacologie-psihoterapie va constitui pentru medic obiectul judecății clinice.

Fără îndoială că raporturile dintre aceste două mijloace terapeutice îmbracă aspectul unei contradicții dialectice; din punct de vedere cronologic, psihofarmacologia trebuie aplicată prima la debutul afecțiunii adresîndu-se „bios"-ului, elementul prim în ordinea ontică. Psihoterapia, inscrisă în plan secund, se aplică după ce a diminuat, ori s-a stins simptomatologia, adresîndu-se fundalului psihic, sistemului ideativ pe care (în funcție de metodologia sa) îl restructurează, îl reorganizează, îl susține, îl decondiționează sau îl direcționează. În cazuri grave, psihofarmacologia readuce bolnavul psihic în ariile umanului iar de aici, psihoterapia îl reintroduce în rîndurile semenilor. De aceea, cu cît este mai amplă și mai

alienantă simptomatologia, cu atît este mai necesară psihofarmacologia și dimpotrivă, pe măsură ce fenomenologia clinică își reduce acuitatea psihopatologică, devine cu atît mai eficace intervenția psihoterapeutică.

9. Relația psihofarmacologie psihoterapie în principalele boli psihice

După impunerea substanțelor psihofarmacologice în practica terapeutică psihiatrică, s-au formulat opinii empirice, conform cărora neurolepticele ar constitui tratamentul de elecție în psihoze, în timp ce metodele psihoterapeutice ar avea o indicație electivă în stări reactive și nevroze. Dacă astfel de aserțiuni au dominat terapia bolilor psihice în perioada anilor '60, ulterior, după ce psihotropele și-au consumat virtualitățile, testîndu-li-se mai precis posibilitățile, metodele psihoterapeutice au început să abordeze, cu tot mai multă dezinvoltură, domeniul psihozelor și, în primul rînd, al psihozelor discordante. Această tendință a fost încurajată sub aspect doctrinar de anumite idei desprinse din filozofia existențialistă sau de apariția unor curente ca antipsihiatria, care, pornind de la o premisă de înalt umanitarism (aceea a reconsiderării atitudinii terapeutice față de bolnavul psihic) fără o argumentare științifică și o realistă poziție clinică, au eșuat într-un penibil empirism.

9.1. *Asupra combinării psihofarmacologiei cu psihoterapia în psihozele discordante.* Curentul de idei care a favorizat aplicarea psihoterapiei în psihoze este alimentat de unele opinii — comprehensibile dar neverificabile — ale unor psihiatri de înalt prestigiu științific, după care, „aproape 30% din schizofreni se remit fără neuroleptice și 10% rămîn grav bolnavi, în ciuda tratamentului neuroleptic îndelungat" (M. Bleuler, 1979, p. 1407). Desigur, astfel de idei, asertate fără a fi fost verificate, ridică numeroase întrebări privind în primul rînd concepția teoretică a autorului și rigoarea lui în încadrarea nosografică, aspecte atît de variate în practica psihiatrică.

În acest context apar cu atît mai valoroase unele studii, care, bazate pe o metodologie riguroasă, au încercat să estimeze rezultatele concrete ale tratamentelor psihofarmacologice în comparație cu cele psihologice în privința bolilor psihice, în general, și a psihozelor discordante, în special. Se pare că unul din primele studii asupra acestei probleme aparține lui P. R. A. May (1968), care a tratat separat patru grupe de pacienți schizofrenici, aflați la prima internare : psihoterapie de inspirație psihanalitică (grupa I), psihoterapie de inspirație psihanalitică + trifluoperazină (grupa II), trifluoperazină, fără psihoterapie (grupa III) și încercări de socioterapie, fără psihofarmacologie sau psihoterapie (grupa IV). Utilizînd criterii complexe, psihologice și clinice, de evaluare a rezultatelor, s-a constatat că grupele II și III (care au primit neuroleptice) au obținut cele mai evidente ameliorări terapeutice. În plus, grupa I, care a fost tratată prin psihoterapie, nu a obținut rezultate mai bune decît grupa IV, care nu a beneficiat de psihoterapie.

Pacienții supuși acestei investigații, au fost ulterior luați într-un studiu de urmărire întreprins de P. R. A. May și H. Tuma (1976) pe o perioadă de 5 ani, pentru a constata efectele „în timp" ale tratamentelor aplicate. Astfel, testările efectuate la 1, 2 și 3 ani de la prima internare,

au evidenţiat „efectul semnificativ" al neurolepticului în „scurtarea duratei spitalizării" faţă de psihoterapie.

În alte experimente, efectuate de R. I. Shader şi col. (1969) şi în special de L. Grinspoon şi col. (1972), s-a evidenţiat, de asemenea, valoarea terapeutică a neurolepticelor în comparaţie cu aceea a psihoterapiei. Referindu-se la una din grupele de pacienţi din studiul lor care în loc de fenotiazine a primit placebo, autorii susţin faptul că deşi rezultatele au fost inferioare celorlalte grupe, totuşi psihoterapia i-a ajutat pe bolnavi să se menţină „timp de 8 săptămîni" la un nivel simptomatologic acceptabil, ceea ce le-a permis rămînerea lor în grup. Această observaţie este pusă în corelaţie cu altele, în care pacienţii nu au rezistat fără neuroleptice mai mult de 6 săptămîni, agravarea stării lor impunînd instituirea tratamentului psihofarmacologic.

Unul din cele mai edificatoare studii asupra raportului dintre tratamentul psihofarmacologic şi psihoterapie în schizofrenie a fost întreprins de P. R. A. May şi col. (1976), care au selecţionat un lot de pacienţi schizofreni, aflaţi la prima internare, pe care l-au împărţit în patru grupe, în funcţie de tratament; acesta a constat în : fenotiazine, fenotiazine + psihoterapie, psihoterapie şi o grupă de control (fără tratament psihofarmacologic sau psihologic). Cele mai bune rezultate au fost obţinute de primele două grupe (care au primit fenotiazine şi respectiv fenotiazine + psihoterapie). La aceşti pacienţi s-a constatat o ameliorare net superioară, evidenţiată prin examinări clinice şi probe psihologice, o scurtare a duratei de spitalizare şi „o creştere a ratei de ameliorare". Concluziile acestor cercetări sînt dezolante în ceea ce priveşte eficacitatea psihoterapiei în schizofrenie, întrucît grupul de pacienţi care a primit numai psihoterapie nu a prezentat nici o ameliorare statistic semnificativă faţă de grupul de control; mai mult chiar, faţă de acest ultim grup, unii pacienţi din grupul cu psihoterapie au prezentat rezultate mai slabe la anumite variabile clinico-psihometrice. Nu este mai puţin adevărat însă că psihoterapia aplicată acestor pacienţi a fost probabil de slabă calitate, fiind efectuată de psihoterapeuţi începători şi pe o durată relativ scurtă, de aproximativ 50 ore în şedinţe bisăptămînale de cîte o oră.

Din alte studii (bazate pe o metodologie asemănătoare şi repetate la anumite intervale), ale căror rezultate sînt elocvente, ca şi din alte cercetări adiacente, se pot desprinde anumite observaţii generale, şi anume :

— neurolepticele au o certă eficacitate în stadiul acut al psihozelor discordante, rezultatele lor fiind cu atît mai evidente, cînd se compară cu acelea ale psihoterapiilor care, în această fază a bolii, se dovedesc ineficiente;

— neurolepticele şi-au testat eficacitatea atît în privinţa simptomatologiei acute, cît şi asupra patomorfozei psihozei a cărei evoluţie ulterioară este influenţată favorabil de tratamentul psihofarmacologic aplicat în perioada iniţială. Totuşi, sînt numeroşi psihiatri care consideră că „dacă vrem să obţinem mai mult decît îndepărtarea simptomatologiei manifeste, este necesară psihoterapia concomitentă... scopul psihoterapeutului fiind acela de a modifica viaţa interioară a pacientului şi nu numai simpla eliberare a lui de simptome" (S. Arieti, 1974, p. 528);

— în stările postprocesuale însă, psihoterapia ameliorează şi dezvoltă posibilităţile relaţionale şi conduitele sociale ale pacientului;

— în stadiile de stabilizare și de cronicizare a psihozei, s-a constatat că scade pînă la anulare eficacitatea psihofarmacologiei, aceasta cedînd locul psihoterapiei și socioterapiei.

9.2. *Asupra combinării psihofarmacologiei cu psihoterapia în psihozele afective.* În privința psihozelor afective, în special a celor unipolar-depresive, opoziția psihofarmacologie-psihoterapie prezintă un caracter de înaltă responsabilitate, datorită potențialului suicidar al acestor condiții, soldat cu o semnificativă rată de mortalitate. Aceasta a impus ca psihozele depresive să fie considerate ca urgențe psihiatrice acordîndu-li-se astfel o asistență imediată, adecvată și cît mai calificată.

În aceste condiții, a fost larg salutată apariția medicamentelor psihoanaleptice și în special timoanaleptice, susceptibile să normalizeze, să ortotimizeze starea afectivă a bolnavilor depresivi; ele au fost imediat aplicate în terapia psihiatrică, dovedindu-și fără întîrziere eficacitatea clinică. Alături de medicamentele antidepresive, terapia electroconvulsivantă își continua seria succeselor, confirmînd, cu fiecare caz, rolul de cel mai eficace mijloc terapeutic cunoscut pînă în momentul de față.

În virtutea acestor considerente, metodele psihologice de tratament nu puteau fi acreditate ca mijloace terapeutice efective în psihozele depresive; ele se limitau la o abordare a depresiilor denumite „exogene", respectiv a depresiilor nevrotice, cedînd integral psihofarmacologiei și electroșocului domeniul terapeutic al depresiilor autentice, psihotice.

Dacă aceasta a fost situația în psihiatria din țara noastră și, desigur, în cele mai multe țări din Europa, situația era exact contrară, în S.U.A., Canada și Anglia, precum și în alte țări de limbă anglo-saxonă, unde „se punea întrebarea cînd și cum trebuie introduse medicamentele în psihoterapia pacienților depresivi sau, dacă nu cumva, ele n-ar trebui prescrise deloc" (Myrna M. Weissman, 1981, p. 1313).

Dată fiind această polarizare a opiniilor și conduitelor în privința terapiei depresiilor, cu atît mai surprinzătoare și totodată păgubitoare pentru practică este situația cercetărilor care să estimeze și să obiectiveze comparativ eficacitatea exclusivă a mijloacelor chimice sau psihoterapeutice. Dacă astfel de studii comparative sînt slab reprezentate și izolate, există numeroase studii care arată valoarea psihoterapiei ca tratament singur ea fiind larg răspîndită în practica terapiei depresiilor. Deși formulează concluzii pozitive, aceste studii nu sînt însă semnificative. Astfel, M. Lieberman (1976) realizînd o revistă a literaturii asupra psihoterapiei în depresii, constată că majoritatea acestor studii „includeau populații neselectate" sau pacienți cu diverse tulburări psihice, la care depresia făcea parte din ansamblul simptomatologic al bolii „diagnosticul primar nefiind acela de depresie". Totodată, M. Lieberman subliniază că printre lucrările cercetate nu a găsit nici una „cu date complet controlate" care să cuprindă un lot omogen și reprezentativ numeric de pacienți depresivi și care să folosească un minimum de standarde științifice privind evaluarea clinică.

Studiile izolate, întreprinse de S. Lesse (1962 și 1966), care au folosit în cercetare tratamente combinate, au raportat că asocierea psihoterapiei și antidepresivelor a determinat ameliorarea stării psihice, ducînd la scurtarea spitalizării și la reducerea utilizării electroșocului. Myrna M. Weissman și col. (1976), utilizînd timoanaleptice la pacienți depresivi tratați prin

metode psihoterapeutice, menționează că medicamentele nu au nici un efect negativ asupra psihoterapiei, iar aceasta nu interferează răspunsul farmacodinamic. Se subliniază, totodată, că cele două mijloace terapeutice acționează asupra unor aspecte diferite, ceea ce determină obținerea unor rezultate pozitive cumulate. De asemenea, L. Luborsky și col. (1975) subliniază „efectul aditiv" al celor două mijloace terapeutice, utilizate combinat în tratamentul ambulator al pacienților depresivi. Ei menționează faptul că, în opoziție cu observațiile unor studii din deceniul trecut, nu au remarcat nici o interacțiune negativă între mijloacele psihoterapeutice și substanțele psihofarmacologice.

Dacă în privința psihozelor depresive acute, substanțele neuroleptice și în special timoanalepticele au făcut dovada incontestabilă a eficacității lor, în comparație cu metodele psihoterapeutice, în privința depresiilor cronice studiile par să incline accentul eficacității asupra psihoterapiilor. Trei grupe de cercetări relativ recente și întrucîtva concomitente, încearcă să argumenteze această aserțiune.

În primul grup de cercetări întreprinse de G. L. Klerman și col. (1974), Myrna M. Weissman și col. (1974) și E. S. Paykel și col. (1976) desfășurate la *New Haven — Boston*, s-a folosit amitriptilină, placebo și un grup de control, cu și fără psihoterapie individuală, în tratament de întreținere, pe o perioadă de opt luni, la un număr de 150 paciente depresive. Rezultatele au ilustrat un efect favorabil al psihoterapiei „asupra funcționării sociale și interpersonale", dar aceasta nu a influențat evident amploarea simptomelor și rata recăderilor.

Al doilea grup de studii, organizat de L. Covi și col. (1974), R. Lipman și col. (1975) la *Baltimore*, asupra unui număr de 19 paciente depresive, a comparat rezultatele imipraminei, diazepam-ului și placebo, cu rezultatele psihoterapiei de grup care s-a efectuat pe o perioadă de 4 luni din cele 16 luni ale tratamentului psihofarmacologic. Și în aceste studii s-a remarcat efectul favorabil al psihoterapiei de grup „asupra posibilităților relaționale și empatiei", într-o mai mare măsură decît asupra simptomatologiei.

Dacă primele două grupuri de studii au testat eficacitatea timoanalepticelor față de psihoterapia de grup și, respectiv, psihoterapia individuală, al treilea studiu întreprins de A. Friedman (1975) la *Philadelphia*, a utilizat psihoterapia maritală. Aceasta a fost aplicată unui număr de 196 pacienți căsătoriți, pe o perioadă de trei luni, în paralel cu amitriptilină și placebo. Menționăm că acest studiu s-a desfășurat asupra depresivilor nevrotici în tratament ambulator, rezultatele sale făcînd obiectul unor numeroase tehnici de evaluare. Ele au ilustrat o ameliorare rapidă a pacienților sub aspectul conduitei sociale și interpersonale datorită psihoterapiei, care nu a avut însă o eficacitate la fel de promptă asupra simptomatologiei.

După cum se poate constata, rezultatele acestor cercetări sînt întrucîtva asemănătoare. Ele prezintă în comun faptul că datele au fost prelucrate prin analiză factorială astfel încît să se poată evidenția cît mai clar efectele psihoterapiei în comparație cu cele ale psihofarmacologiei. Datorită acestor condiții comune ale metodologiei de cercetare, putem desprinde unele observații generale privind prioritatea și eficacitatea mijloacelor terapeutice în depresiile nevrotice și psihotice :

— antidepresivele triciclice s-au dovedit a fi mai eficace decît mijloacele psihoterapeutice în privinţa reducerii simptomelor şi evitării recăderilor;

— ameliorarea simptomatologică produsă prin substanţe timoanaleptice favorizează aplicarea metodelor psihoterapeutice;

— psihoterapiile au un efect superior substanţelor psihofarmacologice în ceea ce priveşte funcţionarea socială şi relaţionarea interpersonală.

10. Influenţa psihofarmacologiei şi psihoterapiei asupra patomorfozei psihozelor

Dacă elementul cel mai frapant adus de psihofarmacologie este schimbarea aspectului spitalului de psihiatrie, elementul cel mai important adus de această nouă ştiinţă constă în modificările de semiologie psihiatrică şi de nosografie. Într-adevăr, neurolepticele nu au schimbat numai faţa spitalului de psihiatrie, dar au creat şi o nouă semiologie care se referă atît la simptomatologia propriu-zisă a bolilor psihice, cît şi la fenomenologia clinică indusă de cura neuroleptică (veritabilă semiologie psihofarmacologică). Astfel, sub influenţa neurolepticelor au diminuat sau au dispărut stările de agitaţie (ce impuneau contenţie), acţiunile clastice, stările catatonice clasice, perioadele de negativism verbal, ca şi dramaticul negativism alimentar (care impunea alimentarea forţat-artificială prin sondă esofagiană). În acelaşi timp, se constată o scădere a amplitudinii delirului dar mai ales o deplasare a conţinutului său de la temele mistice, filiatice,cosmogonice la cele de influenţare, prejudiciu, urmărire etc. Totodată,psihozele afective au devenit mai estompate şi mai limitative, spitalul actual nemaicunoscînd exuberanţa neobosită a stărilor expansive. Se poate afirma de aceea că psihoterapia, dar mai ales psihofarmacologia au schimbat semiologia nu numai sub aspectul intensităţii simptomelor, ci şi al conţinutului lor, realizînd o *patomorfoză simptomatică*. Cu toate că această modificare, sau mai bine spus aplatizare a fenomenologiei clinice, este explicată şi prin acţiunea unor factori culturali, sociali şi familiali fără îndoială că „simptomatologia în bolile psihice s-a modificat în ultimele trei decenii nu numai din motive socioculturale, ci şi datorită chimioterapiei moderne" (V. Predescu, L. Alexandrescu, T. Ciurez, 1980, p. 163).

În afară de aceasta, cura neuroleptică a indus o nouă *semiologie* şi chiar o nouă *sindromologie psihiatrică*. Astfel, scăderea rapidă a nivelului psihoenergetic tinde să estompeze şi întrucîtva să omogenizeze coloritul fenomenologiei clinice, cu toate că neurolepticele menajează posibilităţile conştiinţei şi cogniţiei. Cele mai numeroase şi interesante manifestări clinice ale administrării substanţelor psiholeptice şi în special a neurolepticelor incisive pot fi observate asupra activităţii psihomotorii care prezintă o adevărată „neurologie terapeutică", ilustrată prin tremor, distonii, parakinezii, mioclonii, crize oculogire şi chiar epileptiforme. Dacă majoritatea acestor manifestări se aseamănă cu cele întîlnite în atingeri extrapiramidale, alte fenomene clinice, ca, de exemplu, akatisia şi tasikinezia sînt inedite. În funcţie de caracteristicile chimice ale substanţei neuroleptice, de doză şi de reactivitatea persoanei, aceste simptome, de intensitate variabilă şi bogat polimorfism, pot fi grupate în *sindroame* a căror denumire (*hipokinetic*, *akinetic*, *diskinetic*, *akineto-hipertonic*, *hiperkineto-hipertonic* etc.) este ilustrativă pentru forma lor clinică.

Pe lîngă faptul că au creat noi aspecte semiologice și sindromologice, substanțele psihofarmacologice ca și acțiunile psihoterapeutice au influențat profund structura și evoluția entităților nosografice psihiatrice. Prin aceasta „formele clasice descrise în tratate sînt înlocuite cu forme atipice care cer o reînnoire a descrierilor și a conceptelor" (J. Delay, 1966, p. 1153). Într-adevăr, la modificările înregistrate în domeniul simptomatologiei, al *patomorfozei intrasindromale* se adaugă modificări în istoria naturală a bolii psihice respectiv o *patomorfoză nosografică*. Astfel, se constată o reducere a duratei puseelor psihotice, dar și a perioadelor de remisiune. Aceste modificări nu privesc numai durata manifestărilor psihopatologice sau a remisiunilor, întrucît „medicațiile actuale" determină totodată „modificări structurale ale bolii care iau astăzi înfățișări necunoscute în trecut" (H. Ey, P. Bernard, Ch. Briset, 1978, p. 1109). În plus, am avut posibilitatea să constatăm că prin terapia psihofarmacologică nu numai puseul psihotic își reduce coloratura și amplitudinea clinică, dar și perioada de remisiune cunoaște o modificare nespecifică; aceasta pierde nu numai în durabilitate, dar și în limpezime, în claritate ca și cum potențialitățile psihotice, prin tratamentul cu neuroleptice, nu au fost total eliminate ci doar „decapitate", parțial „avortate".

Prin estomparea contururilor și delimitărilor dintre entitățile nosografice clasice, devin tot mai numeroase formele nespecifice care implică reale dificultăți și nu rareori, erori diagnostice. Astfel, dacă ne referim la boala psihică cea mai clar delimitată, cea mai bine conturată, psihoza afectivă — uni sau bipolară —, constatăm că aceste forme nespecifice induse de neuroleptice au fost frecvent atribuite schizofreniei care, în virtutea polimorfismului său „accepta" ceea ce alte afecțiuni cu tablouri clinice mai clare, excludea. În felul acesta s-a ajuns ca morbiditatea prin schizofrenie să fie în mod artificial încărcată în detrimentul psihozelor afective, subestimate ca incidență și, în general, ca morbiditate. Numai observații catamnestice din ultimii ani care au ilustrat acuratețea remisiunilor din aceste pseudoschizofrenii au dezvăluit faptul că era vorba de o *falsă interpatomorfoză*, modificarea raporturilor dintre morbiditatea celor două psihoze fiind determinată de erori de diagnosticare și de încadrare.

Această situație însă nu anulează problema patomorfozei psihiatrice indusă de terapiile psihologice și psihofarmacologice, în virtutea căreia „criteriile nosografice clasice nu mai acoperă realitatea"... în care „o anumită schizofrenie tratată ia aspectul unei nevroze obsesionale" (G. Bouckson, 1965, p. 85). Prin aceasta nu trebuie să se înțeleagă faptul că tratamentele psihofarmacologice au creat noi entități psihiatrice, chiar dacă „era terapeutică a contribuit la multiplicarea formelor de tranziție între speciile morbide" (J. Delay, 1966, p. 1153); este vorba numai de modificarea formei sub care se manifestă boala și nu de schimbarea esenței acesteia care poate fi sesizată printr-o analiză clinică mai subtilă, completată în mod necesar cu viziunea longitudinală.

În ansamblu, se poate preciza însă că prin aportul psihofarmacologiei s-a înregistrat o dinamizare a patomorfozei în sensul unei deplasări a acesteia spre tablouri clinice mai puțin manifeste, mai puțin specifice, în mare măsură pseudonevrotice; este cert că sub acțiunea neuroleptice-lor s-a schițat drumul evoluției psihozelor : de la manifest și spectacular spre miniatural, marginal, paranormal.

11. Necesitatea prescripţiei psihofarmacologice şi responsabilitatea orientării exclusiv psihoterapeutice

În mod firesc, orientarea terapeutică a clinicianului ar trebui să fie determinată de starea psihopatologică a pacientului, în care includem date privind natura afecţiunii, caracterul simptomatologiei, stadiul evolutiv al bolii şi modul de răspuns al bolnavului la tratamente anterioare similare.

Totuşi, studii sociologice efectuate în ultimul deceniu de către L. S. Linn (1971), E. Hemminki (1975), G. V. Stimson (1975) şi alţii ilustrează faptul că decizia cu privire la prescripţia tratamentului psihofarmacologic nu este determinată numai de patternul psihopatologic al pacientului, ci şi de formaţia şi experienţa medicului, la rîndul lor puternic influenţate de contextul social şi instituţional în care acesta îşi desfăşoară activitatea. În situaţia concretă, în faţa pacientului, medicul vine nu numai cu formaţia şi experienţa sa, ci şi cu experienţa altora, exprimînd posibilităţile şi orientările medicale generale, el fiind exponentul „unei atitudini colective faţă de un medicament" (A. Achaintre, P. Balvet, 1963, p. 84). Datorită acestui fapt (ca şi lipsei de informare asupra domeniului) imensa majoritate a pacienţilor nu pot formula opinii asupra oportunităţii intervenţiei sau alegerii metodei terapeutice.

La rîndul său, medicul, în virtutea formaţiei, experienţei şi informaţiei sale îşi cristalizează convingeri asupra utilităţii şi eficienţei diverselor metode şi procedee terapeutice. În acelaşi timp, diversitatea programelor de instrucţie, particularităţile experienţei sale clinice, aptitudinea observaţiei ca şi posibilităţile informaţiei sale determină orientări terapeutice atît de variate, încît privite în ansamblu, apar ca divergente şi în ultimă instanţă oponente. Uneori, medicul nu este conştient de particularizarea sau de singularizarea conduitei sale terapeutice, pentru că, în afara formaţiei şi experienţei, asupra acestuia acţionează factori cu diverse grade de generalitate printre care „anumite atribute ale mediului socioeconomic al medicului, sistemul său de valori, precum şi caracteristici ale instituţiei în care el îşi desfăşoară activitatea" (R. W. Downing, K. Rickels, 1981, p. 1419). De aceea, pentru a obţine un succes cît mai deplin prin mijloacele terapeutice folosite, medicul trebuie să aibă în vedere şi conduita altor terapeuţi faţă de cazuri similare, să facă apel la „o gîndire colaterală sau multilaterală" (V. Predescu şi col. 1980, p. 246), capabilă să-i asigure cea mai indicată atitudine terapeutică.

Absenţa unei viziuni globale asupra posibilităţilor reale ale diferitelor mijloace terapeutice limitează succesele imediate ale medicului, dar în acelaşi timp prejudiciază evoluţia ulterioară a bolii cu repercusiuni asupra destinului pacientului. Astfel, unele studii efectuate în ultimul deceniu au abordat direct această problemă, propunîndu-şi observaţia comparativă a loturilor de pacienţi care au fost trataţi prin unul din principalele mijloace terapeutice: psihoterapie, socioterapie, psihofarmacologie, la care s-a adăugat un grup de control. S-a putut demonstra astfel că loturile tratate cu neuroleptice au obţinut rezultate net superioare atît faţă de cele tratate prin psihoterapie sau socioterapie, cît şi faţă de grupul de control.

S-a putut constata, de asemenea, cît de fragile au fost speranţele privind virtuţile terapeutice ale psihoterapiei în psihoze, întrucît aceasta nu a putut realiza nici un indice de ameliorare faţă de grupul de control;

în plus, așa cum au observat P. R. A. May și col. (1976) grupul tratat numai prin psihoterapie a înregistrat chiar o ușoară tendință de înrăutățire a stării psihice. Desigur, astfel de observații trebuie reanalizate, reluate și sub alte unghiuri (mai bine instrumentate metodologic) și verificate statistic; cu toate aceste limite, studiile amintite au pus un mare semn de întrebare asupra succeselor psihoterapiei și a oportunității lor în faza de evoluție a psihozelor. De asemenea, a fost infirmat mitul perturbării relației terapeutice și al întunecării „ecranului terapeutic" prin aplicarea în timpul curei psihoterapeutice a terapiilor psihofarmacologice; astfel, studii inițiate de L. Grinspoon și col. (1972) și continuate de alți clinicieni cu orientare psihanalitică au evidențiat faptul că pacienții psihotici au avut o relaționare și un grad de integrare socială net superioare în perioadele de tratament cu fenotiazine față de perioadele în care efectuau numai psihoterapie.

Un interes și mai înalt îl reprezintă studiile care arată evoluția („la distanță") a pacienților psihotici care la începutul bolii au primit tratament psihofarmacologic, față de cei care au fost supuși numai psihoterapiei. S-a constatat astfel că aceștia din urmă au avut nevoie de o perioadă de spitalizare de două ori mai mare față de pacienții care au beneficiat de tratamentul neuroleptic. Există observații conform cărora neadministrarea tratamentului psihofarmacologic în timpul unui episod psihotic determină o evoluție nefavorabilă a stării pacientului în următorii 3—5 ani, aceasta constituind un argument pentru faptul că „intervenția unui drog modifică evoluția naturală a bolii în mod evident" (J. M. Davis, 1980, p. 2271). În măsura în care această observație, care se instituie ca o concluzie a mai multor studii, va putea fi mai precis verificată și mai larg confirmată, influența psihofarmacologiei în evoluția individuală, cît și în patomorfoza generală a psihozelor nu va mai putea fi contestată.

12. Tratamentul psihofarmacologic și contextul socioterapeutic

Apariția și dezvoltarea deosebită pe care au cunoscut-o în ultimele două decenii psihoterapiile de grup trebuie pusă în legătură cu evoluția socioterapiei. Prin creșterea gradului de umanizare a spitalelor, ca și prin preocuparea pentru condițiile socioculturale ale bolnavilor, socioterapia a favorizat dezvoltarea și diversificarea psihoterapiilor de grup care, la rîndul lor, atît prin deziderate, cît și prin larga aplicabilitate se înscriu în programul de acțiune al socioterapiilor. În același timp, psihoterapiile de grup realizează „atmosfera terapeutică" și emulația psihologică pentru o cît mai largă participare la programele sociale organizate în spitale.

Treptat, din condiții terapeutice, socioterapiile s-au detașat în mijloace terapeutice, cărora terapeuții care respingeau „drogurile" le-au acordat virtuți specifice. În felul acesta, în viziunea multor clinicieni, opoziția psihofarmacologie/psihoterapie s-a transformat în alternativa psihofarmacologie/socioterapie.

Pentru numeroși psihiatri deprinși cu tratamentul psihofarmacologic și convinși de necesitatea și eficacitatea acestuia, corolarul socioterapeutic este privit dintr-o perspectivă formală și fastidioasă. Analiza relației psihofarmacologie-socioterapie se impune însă, întrucît, unii psihiatri cu autoritate profesională nu numai că o consideră postulativă, dar o au în vedere și ca alternativă între psihofarmacologie și socioterapie exprimîndu-și

opţiunea pentru cea de-a doua. Este de amintit în acest context opinia lui Aubrey Lewis, care, în calitate de preşedinte al Societăţii engleze de psihiatrie considera că „dacă am avea de ales între abandonarea tuturor drogurilor psihotrope şi abandonarea mijloacelor de reclasare socială, n-am avea nici o ezitare în această alegere: drogurile ar trebui să dispară".

Fără îndoială că nimic nu trebuie abandonat înainte de a fi temeinic analizat şi cum opţiunea a fost formulată cu 15 ani în urmă, să vedem în ce măsură, în această perioadă, clinica psihiatrică a confirmat ceea ce Aubrey Lewis a postulat.

Trebuie să menţionăm de la început că unele tulburări psihice şi uneori chiar boli psihice pot beneficia de o netă ameliorare, eventual de o vindecare, fără psihofarmacologie, ci numai prin amenajarea condiţiilor sociale. Această situaţie o întîlnim în cazuri uşoare, de tulburări nevrotice, şi, excepţional, în cazul unor pusee psihotice. De asemenea, trebuie acceptat faptul că mijloacele psihofarmacologice nu-şi pot valorifica pe deplin posibilităţile terapeutice cînd sînt prejudiciate sau sînt insuficient organizate condiţiile de spitalizare şi de relaţionare terapeutică. Dar nu este mai puţin adevărat că „cel mai bun spital psihiatric, fără medicamente, nu este decît un hotel, ceea ce rareori este suficient pentru vindecare. Inversînd termenii, putem spune la fel despre amenajarea terapeutică a mediului şi despre psihoterapie" (P. Balvet, 1965, p. 15).

Dacă această aserţiune are un caracter empiric, ce nu contravine însă realismului clinic, M. Greenblatt şi col. (1965) realizează o cercetare care, prin metodologia riguroasă şi spiritul de autenticitate, este frecvent citată în lucrări de specialitate. Autorii compară două grupe de pacienţi schizofrenici care au primit terapie socială intensă (cu neuroleptice şi, respectiv, fără neuroleptice) cu alte două grupe omogene, care au primit terapie socială minimă (cu neuroleptice şi respectiv fără neuroleptice). Din cele patru grupe se detaşează net, în privinţa gradului de ameliorare, grupele care, pe lîngă terapia socială (intensă sau minimă), au primit neuroleptice. Dintre aceste două grupe aceea care a primit terapie socială intensă, a prezentat o ameliorare simptomatică întrucîtva superioară.

Dacă cercetarea citată s-a efectuat asupra pacienţilor schizofrenici cronici spitalizaţi, M. J. Goldstein şi col. (1975) au întreprins un studiu comparativ asupra pacienţilor schizofrenici acuţi, recent externaţi după prima spitalizare care, aşa cum se precizează, a fost foarte scurtă. Spre deosebire de cercetarea anterioară în care, pe lîngă socioterapie s-au folosit neuroleptice convenţionale, aici s-au folosit neuroleptice *depôt* (enantat de flufenazină) în doze standard şi respectiv în doze mici. Astfel, pacienţii au fost împărţiţi de asemenea în patru grupe, din care două au primit doze standard de flufenazină (cu şi respectiv fără socioterapie), iar alte două grupe au primit doze mici de flufenazină (cu şi respectiv fără socioterapie). Cele mai bune rezultate au fost constatate în grupa care a primit doze scăzute de flufenazină asociate cu socioterapie. Se precizează totodată că dintre cele două grupe care nu au primit socioterapie, grupa tratată cu flufenazină standard a obţinut rezultate superioare. De asemenea, se menţionează că în condiţiile unei neuroleptizări superioare, socioterapia „nu este utilă" nici sub aspectul reducerii simptomatologiei şi nici al prevenirii recăderii.

Aceste observaţii trimit la concluziile relativ recent formulate cu privire la alternativa tratamentelor singular aplicate, şi anume: „terapiile sociale nu înlocuiesc în nici un fel fenotiazinele şi nu posedă activi-

tatea antipsihotică a drogurilor; dimpotrivă, tratamentul fenotiazinic singur, deşi determină reducerea simptomelor psihotice ale pacientului, nu-l poate ajuta pe acesta să-şi găsească o bună adaptare la diverse situaţii" (J. M. Davis, 1980, p. 2272).

Totodată, cu privire la complementaritatea şi congruenţa acţiunii terapeutice a substanţelor psihofarmacologice şi a metodelor socioterapeutice poate fi menţionat faptul, desprins din numeroase observaţii clinice, conform căruia, cu cît pacientul este mai cronic, cu atît valoarea terapeutică a psihofarmacologiei este mai slabă, după cum, cu cît pacientul se află la o vîrstă mai înaintată, cu atît valoarea socioterapiei creşte şi trebuie mai intens promovată.

13. Convergenţe farmaco-psiho-socioterapeutice

Opoziţia psihofarmacologie/psihoterapie se desfăşoară pe un anumit fundal care, în accepţiune pragmatică este constituit din cadrul instituţional. Pornind de la această aserţiune considerată ca premisă, concluzia raţionamentului ar fi aceea că instituţia medicală psihiatrică, în ipostaza sa de *mediu terapeutic*, a determinat apariţia mijloacelor terapeutice, polarizate şi ilustrate prin psihofarmacologie şi psihoterapie. Aceasta este însă numai aparenţa, întrucît practica desfăşurării evenimentelor nu este superpozabilă cu logica demersului lor. În fapt, atît istoria psihofarmacologiei, cît şi aceea a psihoterapiei ne arată că ele au apărut în afara spitalului de psihiatrie care le-a adoptat şi le-a dezvoltat.

La rîndul lor, cele două mijloace terapeutice au schimbat în mod radical mediul instituţional, permiţîndu-i să se transforme treptat într-un al treilea mijloc terapeutic medical. În special psihofarmacologia a determinat acest proces de transformare a condiţiilor şi a mediului în care-şi dezbate problematica psihiatria, într-un mijloc terapeutic, pe care-l ilustrează actualmente socioterapia. Aşa cum subliniam şi în alt context, prin psihofarmacologie s-a schimbat structural spitalul de psihiatrie, în numai trei decenii parcurgîndu-se drumul de la condiţia azilară la instituţia întrutotul medicală şi de aici la mijlocul terapeutic reprezentat de socioterapia actuală.

Generată de psihofarmacologie, socioterapia se instituie ca un mijloc terapeutic opus acesteia, pe care o neagă, preconizînd ameliorarea şi vindecarea prin amenajarea mediului medical, familial şi instituţional. Astfel, prin conţinutul şi orientările sale socioterapia se apropie de psihoterapie cu care încearcă realizarea unui front comun, ilustrat prin instituţii terapeutice care tind să excludă mijloacele chimioterapeutice.

Cei mai mulţi clinicieni au respins însă o astfel de opoziţie în orientarea terapeutică şi încă de la afirmarea socioterapiei au preconizat integrarea acesteia în contextul chimio şi psihoterapeutic. Mai mult, s-a întrevăzut chiar o relaţie dialectică a celor trei mijloace terapeutice; astfel, dacă „dinamismul mobilizat prin efectele chimioterapeutice este utilizat pentru un veritabil travaliu psihoterapeutic, evoluţia continuă activ, spre o ameliorare progresivă, atît a bolnavului..., cît şi a instituţiei" (C. P. Racamier, L. Carretier, 1965, p. 68).

Opinii asemănătoare asupra unităţii dialectice a celor două mijloace terapeutice sînt exprimate şi de alţi clinicieni care consideră că „psihoterapia trebuie să confirme chimioterapia la fiecare nivel de ameliorare

pe care ea o poate permite"..., iar în această suită „progresul realizat de chimioterapie este acela de a fi făcut un număr mai mare de bolnavi accesibili scopurilor cu adevărat restauratoare pe care le comportă psihoterapia și socioterapia" (Cl. Conte, 1965, p. 93).

Totuşi anumite cercetări au căutat să evidenţieze şi să obiectiveze efectele acţiunii singulare sau conjugate ale celor trei mijloace terapeutice. Astfel, G. L. Paul şi col. (1972) au supus un lot de 51 pacienţi cu schizofrenie, aflaţi în stadiul defectual, unui tratament neuroleptic şi antidepresiv împărţind acest lot în două grupe, la una din ele au asociat socioterapia, iar la cealaltă psihoterapia. După şase săptămîni de tratament fiecare din cele două grupe a fost împărţită în două pentru a putea ca la jumătate din pacienţii cu tratament complex, să li se întrerupă chimioterapia, continuîndu-se astfel experimentul, încă 17 săptămîni. Practic, s-au realizat patru grupe terapeutice, după cum urmează: socioterapie şi neuroleptice timp de 17 săptămîni; psihoterapie şi neuroleptice timp de 17 săptămîni; socioterapie şi neuroleptice timp de numai 6 săptămîni; psihoterapie şi neuroleptice timp de 6 săptămîni. Dintre concluziile acestei cercetări s-a desprins faptul că întreruperea tratamentului neuroleptic după 6 săptămîni nu a determinat „nici o schimbare semnificativă" în simptomatologia şi conduita pacienţilor aflaţi în continuare sub influenţa socioterapiei şi respectiv, psihoterapiei. Această cercetare completează altele care au ilustrat că, spre deosebire de pacienţii cronici, pacienţii aflaţi în stadiul acut resimţeau în mod negativ întreruperea tratamentului psihofarmacologic deşi se continua tratamentul psihologic. Ca o observaţie generală asupra studiilor amintite se poate menţiona faptul că, cu cît afecţiunea psihică este mai veche, cu atît este mai puţin „responsivă" la neuroleptice şi mai permisivă la mijloacele socioterapeutice.

În alte cercetări efectuate asupra pacienţilor psihotici acuţi, recent externaţi după prima internare, s-a constatat eficacitatea neuroleptic-elor faţă de socioterapia activă sau faţă de psihoterapie. Astfel, G. E. Hogarty şi S. C. Goldberg (1973), precum şi G. E. Hogarty şi col. (1974) au împărţit un lot de schizofreni, cu o istorie de boală recentă, în patru grupe terapeutice, dintre care două au primit clorpromazină şi respectiv placebo, la care au adăugat socioterapie şi psihoterapie, în timp ce, celelalte două grupe au primit numai clorpromazină şi respectiv placebo (fără socioterapie şi psihoterapie). După doi ani de tratament, s-a constatat că cele mai bune rezultate terapeutice au fost obţinute în grupele care au primit neuroleptice, indiferent dacă la acestea s-a adăugat sau nu socioterapia şi psihoterapia. Este adevărat că, dacă în privinţa ameliorării simptomatologiei, cele două grupe care au primit neuroleptice nu au înregistrat diferenţe, pacienţii din grupa care a beneficiat în plus şi de socioterapie şi psihoterapie au avut o adaptare şi o relaţionare mai satisfăcătoare.

Actualmente există un consens al celor trei direcţii terapeutice, farmacologică, psihologică şi socioterapeutică, într-o unitate de concepţie care nu este numai teoretică, ci şi practică. Această unitate nu constituie numai o realizare doctrinală virtuală, ci şi efectivă, reală, ilustrînd însăşi natura unitară a omului, în stare de sănătate sau de boală: un ansamblu de tehnici armonios asociate.

Bibliografie

Achaintre A., Balvet, P., *Actualités de thérapeutique psychiatrique*, Paris, Masson, 1963.

Arieti, S., *Interpretation of Schizophrenia*, New York, Basic Books, 1974.

Bailly-Salin, P., *Neuroléptiques et Psychothérapies*, „Confrontations Psychiatriques" 1975, 13, p. 225—246.

Balvet, P., *Ebauche pour une histoire de la thérapeutique psychiatrique contemporaine*, în : *La relation médecin-malade au cours de chimiothérapies psychiatriques* (red. P.-A. Lambert), Paris, Masson 1965, p. 5—16.

Barahona-Fernandez, de H. J., *Pharmacopsychothérapie*, în : „Convegno di aggiornamento in psiconeurofarmacologia", Torino, Min. Med., 1966, p. 256—285.

Bellack, L., Rosenberg, S., „Psychosomatics", 1966, 7, 106—114.

Benoit, J.-C., *Médicaments psychotropes et psychothérapie*, în: Encyiclopédie médico-chirurgicale Psychiatrie", 1965, 37820, p. 1—9.

Blanc, Cl., *Les Mots, les Drogues et l'Esprit (Reflexions sur les positions psychanalitiques face aux chimiothérapies psychiatriques)*, „L'évolution psychiatrique", 1966, 4, 707—741.

Bleuler, M., *On Schizophrenic Psychoses*, „Am. Journ. Psychiatry", 1979, 11, p. 1403—1409.

Bouckson, G., *A la recherche d'une dynamique de la rélation médecin-malade*, în : *La rélation médecin-malade ou cours de chimiothérapies psychiatriques* (red. P. A. Lambert), Paris, Masson, 1965, p. 85—91.

Claghorn, J. L. et al., „Arch. Gen. Psychiatry", 1974, 31, p. 361—365.

Conté, Cl., *Brèves remarques cliniques et psychodinamiques sur les différents modes d'action des médicaments neuroléptiques*, în : *La rélation médecin-malade au cours des chimiothérapies psychiatriques* (red. P. A. Lambert), Paris, Masson, 1965, p. 92—95.

Covi, L. et lal., „Am. Journ. Psychiatry" 1974, 131, p. 191—198.

Davis, J. M., *Antipsychotic Drugs*, în : „Comprehensive Textbook of Psychiatry", III, vol. 3 (H. I. Kaplan, A. M. Freedman, B. J. Sadock, eds), Baltimore, London, Williams-Willkins, 1980, p. 2257—2290.

Delay, J., *Psychopharmacologie et psychiatrie*, „Presse méd.", 1966, 74, 22, p. 1151—1157.

Downing, R. W., Rickels, K., *Nonspecific Factors and Their Interaction with Psychological Treatment in Pharmacotherapy*, în : „Psychopharmacology : A Generation of Progress" (M. A. Lipton, A. Di Mascio, K. F. Killam eds.), New York, Raven Press, 1981, p. 1419—1428.

Ey, H., Bernard, P., Brisset, Ch., *Psychiatrie*, Paris, Masson, 1978.

Freud, S., *Introduction à la psychanalyse*, Paris, Payot, 1925.

Friedman, A., „Arch. Gen. Psychiatry", 1975, 32, p. 619—637.

Ginestet, P., et al., *Chimiothérapie Psychiatrique*, Paris, Masson, 1979.

Goldstein, M. V. et al., in : *Drugs in Combination with Other Therapies* (M. Greenblatt ed.), New York, Grune-Stratton, 1975.

Gorham, D. R., Pokorny, A. D., *Effects of phenothiazine and/or group psychotherapy with schizophrenics*, „Dis. Nerv. Syst", 1964, 25, 77.

Gottschalk, L. et al., „Psychopharmacologia", 1965, 7, p. 303—310.

Greenblatt, M. et al., *Drug and Social Therapy in Chronic Schizophrenia* Springfield III, Charles, C. Thomas, 1965.

Grinspoon, L. et al., *Schizophrenia : Pharmacotherapy and Psychotherapy*, Baltimore, Williams-Wilkins, 1972.

Grinspoon, L., Shader, R. I., În : *Drugs in Combination With Other Therapies* (M. Greenblat ed.), New York, Grune-Stratton, 1975.

Guyotat, J., *Neuroleptiques et psychothérapies*, Débat. „Confrontations Psychiatriques", 1975, 13, p. 225—246.

Hemminki, E., Soc. Sci. Med., 1975, 9, p. 111—116.

Hogarty, G. E., Goldberg, S. C., "Arch. Gen. Psychiatry", 1973, 28, 54—64.

Hogarty, G. E. et al., "Arch. Gen. Psychiatry", 1974, 31, p. 603—608.

Ionescu, G., *Studiul clinic al fenomenelor psihice subconștiente prin stimulare psihofarmacologică*, „Analele Universității București", Psihologie, 1972, 21, p. 191—200.

Ionescu, G., *Psihoterapia în condițiile psihofarmacologiei*, în : *Introducere în psihologia medicală*, București, Edit. științifică, 1973, p. 132—134.

Ionescu, G., *Priority and efficiency in psychiatric treatment. A comparative study of psychotherapy and psychopharmacology*, „Revue roumaine des sciences sociales, série de psychologie", București, 1983, 27, 2, p. 123—140.

Karon, B. P., Vandenbos, G. R., „Br. J. Psychiatry", 1970, 116, p. 427—428.

Klerman, G. L., în : *Drugs in Combination With Other Therapies* (M. Greenblatt ed.), New York, Grune-Stratton, 1975, p. 67—81.

Klerman, G. L. et al., "Am. Journ. Psychiatry", 1974, 131, p. 186—191.
Liberman, R. P., în : *Treatment of Schizophrenia* (L. J. West., D. E. Flinn eds.), New York, Grune-Stratton, 1976.
Liberman, R. P. et al., „Journ Nerv. Ment. Dis", 1973, 156, p. 432—439.
Linn, L. S., „Journ. Health Soc. Behav", 1971, 12, 132—140.
Lipman, R. et al., în : „Evaluation of Psychological Therapies" (R. L. Spitzer, D. F. Klein eds.), Baltimore, Johns-Hopkins Univ. Press. 1973, p. 323—381.
Luborsky, L. et al., Arch. Gen. Psychiatry", 1975, 32, 995—1008.
Marder, G., *Combining Family Therapy and Pharmacotherapy. Literature Review and Methodologic Issues*, în : *Family Therapy and Major Psychopathology* (M. R. Lansky ed.), New York, Grune and Stratton, 1981, p. 359—375.
May, P. R. A. *Treatment of Schizophrenia*, New York, Science House, 1968.
May, P. R. A., et al., *Schizophrenia : A follow-up study of results of treatment. Hospital stay over two to five years*, „Arch. Gen. Psychiatry" 1976, 33, p. 481.
May, P. R. A., Tuma H., în : *Evaluation of Psychological Therapies* (R. L. Spitzer D. F. Klein eds.), Baltimore, Johns Hopkins Univ. Press. 1976.
Muyard, J.-P., *Neuroléptiques et psychothérapies. Débat.*, „Confrontations Psychiatriques", 1975, 13, p. 225—246.
Ostow, M., *Drugs in Psychoanalysis and Psychotherapy*, New York, Basic Books, 1962.
Paul, G. L., et al., "Arch. Gen. Psychiatry", 1972, 27, p. 106—115.
Paykel, E. S. et al., "Pharmacopsychiatry Neuropsychopharmakol", 1976, 9, 127—136.
Predescu, V., Alexandrescu, L., Ciurez, T., *Dimensiuni actuale ale terapiei biologice în afecțiunile psihice*, Nota I, „Neurologie, Psihiatrie, Neurochirurgie", 1980, 25, 3, p. 161—183.
Predescu, V., Alexandrescu, L., Ciurez, T., *Dimensiuni actuale ale terapiei biologice în afecțiunile psihice*, Nota II, „Neurologie, Psihiatrie, Neurochirurgie", 1980, 25, 4, p. 241—251.
Racamier, C. P., Carretier, L., *Rélation psychothérapique et relation médicamenteuse dans l'institutions psychiatriques*, în : *La relation médecin — malade au cours de chimiothérapies psychiatriques* (red. P. A. Lambert), Paris, Masson, 1965, p. 58—84.
Sarwer — Foner, G. J., *The Dynamics of Psychiatric Drug Therapy*, Springfield, 111, Charles C. Thomas, 1960.
Shader, R. I. et al., în : „Schizophrenia : Current Concepts and Research." (D. V. S. Sankar ed.), New York, P. J. D. Publications, 1969.
Stévenin, L., *Les rapports de la psychothérapie et de la psychopharmacologie*, „Annales Moreau de Tours", tom. II, P.U.F., 1965, p. 39—43.
Stévenin, L., Benoit, J. C., *L'utilisation de médicaments psycholropes en psychothérapie*, „L'encéphale", 1962, 5, p. 420—451.
Stimson, G. V., „Journ. Commun.", 1975, 25, p. 153—160.
Sutter, J. M. et al., *Chimiothérapie et assentiment du malade à la thérapeutique*, în : *La relation médecin-malade au cours de chimiothérapies psychiatriques* (ed. P. A. Lambert), Paris, Masson, 1965, p. 106—133.
Weissman, M. Myrna, *Psychotherapy and its Relevance to the Pharmacotherapy of Affective Disorders : from ideology to Evidence*, în : *Psychopharmacology. A Generation of Progress*" (M. A. Lipton, A., Di Mascio, K. F. Killam eds.), New York, Raven Press, 1981, p. 1313—1321.
Weissman, M. Myrna et al., "Arch. Gen. Psychiatry", 1976, 33, p. 771—778.

Capitolul XV

PSIHOIGIENA ŞI PSIHOPROFILAXIA

1. Psihoigiena şi psihoprofilaxia — delimitări semantice

Ambiguitatea conceptelor e un fenomen întîlnit, în mai mică sau mai mare măsură, în toate ştiinţele umane şi sociale. Acest lucru a determinat dezvoltarea unui nou domeniu al matematicilor aplicate, domeniul logicii ambiguităţii *(fuzzy)*, al conceptelor şi problemelor vagi (L. A. Zadeh), domeniul „logicii raţionamentului nuanţat" (Gr. Moisil). Polisemia termenilor utilizaţi în literatura problemei de care ne ocupăm impune precizarea conţinutului lor semantic — stabilirea sensului în care îi utilizăm.

Psihoigiena şi psihoprofilaxia — ca şi ceilalţi termeni corespunzători lor, folosiţi chiar mai frecvent în literatura de specialitate, *igienă mintală* şi respectiv, *prevenţie sau profilaxie mintală* — sînt utilizaţi, de cele mai multe ori, ca sinonimi, cînd, de fapt, sferele acestor concepte se suprapun doar parţial. H. Piéron (1973, p. 207) defineşte igiena mintală (fără a o diferenţia de psihoprofilaxie) ca o „ramură a igienei destinată să menţină sănătatea mintală şi să asigure profilaxia nevrozelor şi psihozelor, ocupîndu-se de factorii nocivi, cum sînt surmenajul, şocurile emoţionale, intoxicaţiile, alcoolismul etc. şi asigurînd depistarea precoce a predispoziţiilor".

Unii autori (A. şi R. Mucchielli, 1969) definesc igiena mintală ca „depistarea, prevenirea şi tratamentul maladiilor mintale" (ceea ce depăşeşte sarcinile disciplinei respective), iar alţii (H. B. English şi A. C. English, 1958, p. 318), fără a identifica psihoigiena şi psihoprofilaxia, nu indică totuşi diferenţele dintre acestea.

G. Ionescu (în G. Ionescu, M. Bejat, 1980, p. 326—327) defineşte cele două concepte în aşa fel, încît diferenţele dintre ele sînt sesizabile: *psihoigiena* este concepută ca „un ansamblu de măsuri şi mijloace destinate menţinerii şi promovării sănătăţii", iar *psihoprofilaxia* ca „un ansamblu de măsuri destinate prevenirii apariţiei tulburărilor mintale sau împiedicării evoluţiei defavorabile a celor depistate".

Într-adevăr, *psihoigiena* se ocupă de *elaborarea şi aplicarea unor mijloace şi măsuri practice, de cele mai multe ori cu caracter educativ, menite să ajute sanogeneza, prezervarea şi promovarea sănătăţii psihice a oamenilor*, iar *psihoprofilaxia* se ocupă de: 1) *prevenirea apariţiei bolii, îmbolnăvirilor psihice sau a maladaptării sociale, prin depistarea precoce a persoanelor vulnerabile, cu simptome care indică un risc crescut de îmbolnăvire şi îndepărtarea acestui risc — reducînd în consecinţă incidenţa tulburărilor psihice* (= psihoprofilaxia primară); 2) *prevenirea agravării tulburărilor psihice prin depistarea precoce şi tratarea lor imediată, prin intervenţie rapidă în situaţiile de criză (crisis intervention), reducînd astfel durata bolii şi im-*

plicit prevalența (= psihoprofilaxia secundară) și 3) *prevenirea sau limitarea consecințelor bolii, a proceselor dezadaptative și a deteriorărilor invalidante* (= psihoprofilaxia terțiară).

2. Psihoigiena și psihoprofilaxia în perioadele critice ale vieții (copilăria, pubertatea, adolescența, presenescența și senescența)

Bolile psihice — ca și cele somatice — pot apărea oricînd în decursul vieții. Există însă perioade în care riscul de îmbolnăvire psihică este sporit, datorită unor împrejurări interne sau externe, atunci cînd în organism se produc transformări importante, care dereglează mecanismele homeostatice și homeodinamice, menite să asigure conservarea și dezvoltarea sistemului.

Vulnerabilitatea față de stressurile vieții este mai mare însă în anumite perioade.

2.1. *În copilărie*, deprinderile fiind insuficient consolidate, atitudinile abia întipărite, structurile comportamentale în curs de formare, ele sînt foarte fragile și pot fi ușor sfărîmate. În perioada preșcolarității se făuresc caracteristicile fundamentale ale personalității, modurile relativ stabile de acțiune, instrumentele principale cu care individul va înfrunta situațiile conflictuale, frustrante și stressante. Este perioada în care factorii familiali sînt hotărîtori, de ei depinzînd evoluția sanogenetică sau psihopatogenetică a copilului. Relațiile dintre cei doi părinți (armonioase, tensionate, conflictuale sau inexistente), relațiile dintre părinți și copii (normale, afectuoase, rezonabil protectoare, hiperprotectoare, autoritare, dure, carențate afectiv prin absența mamei sau din alte motive) influențează în mod hotărîtor dezvoltarea psihică a copilului. De aceea, la această vîrstă, măsurile educative de psihoigienă și de psihoprofilaxie trebuie focalizate asupra eventualelor disfuncții ale sistemului familial, pentru a fi înlăturate sau evitate influențele negative pe care le exercită acestea asupra copilului, și care pot duce la reacții ostile, agresive, de indisciplină, la tulburări comportamentale, sau la inhibiție, apatie, negativism etc.

Copilăria, în special preșcolaritatea, reprezintă o perioadă în care se pun adesea temeliile unor tulburări psihice care vor deveni ulterior manifeste, agravîndu-se treptat în etapele evolutive următoare.

2.2. *Psihoigiena și psihoprofilaxia la pubertate și adolescență.* Pubertatea și adolescența — perioada dintre 12 și 20 de ani (uneori chiar peste 20, dată fiind prelungirea, în epoca noastră, a duratei pregătirii profesionale) — constituie una dintre etapele cele mai dificile ale vieții, datorită faptului că individul trebuie să facă față unor dereglări homeostatice caracteristice acestei perioade de creștere rapidă și de profunde schimbări în funcționarea organismului sub puternica influență a modificărilor hormonale survenite (Jones, 1965, apud E. B. Hurlock, 1974).

Dacă pubertatea reprezintă în viața omului o „revoluție" precumpănitor biologică, adolescența este o „criză" preponderent psihologică, reverberație a efectelor maturației biologice în plan psihic și psihosocial, rezultat în ultimă instanță, al interrelațiilor celor trei categorii de factori bio-psiho-sociali.

Adolescența este vîrsta unor mari și rapide schimbări fizice, psihice și sociale, în care individul este confruntat cu solicitări numeroase și ade-

sea contradictorii: pe de o parte, adaptarea la sine — la o *self* imagine în continuă schimbare, rapid depășită datorită dinamicii dezvoltării, pe de altă parte, adaptarea la un mediu social care-și modifică simțitor cerințele față de adolescent. Aceste solicitări determină apariția unei duble confiictualități, unor serii conflictuale interferente: conflictualitatea determinată de procesul dezvoltării (destructurările și restructurările specifice acesteia), conflictualitatea intrapsihică, a adaptării la sine și cea interpsihică, a adaptării la solicitările mediului social.

Într-un studiu asupra adolescenței ca tulburare evolutivă, Anna Freud (1973) consideră că „sănătatea mentală depinde de compromisurile realizabile și de echilibrul care rezultă din acțiunea diferitelor forțe interioare, variatelor instanțe interioare și a lumii exterioare". Introducînd conceptul de „tulburare evolutivă" pe care-l socotește indispensabil pentru a desemna o categorie diagnostică specifică adolescenței și care se manifestă prin modificări calitative ale pulsiunilor (substituirea la adolescent a pulsiunilor pregenitale cu pulsiuni sexuale de tip genital); alterări în organizarea eului, recurgerea la mecanismele de apărare (alternarea unor momente în care întregul sistem defensiv este solicitat la maxim pentru a se sustrage pulsiunilor, cu altele de recrudescență nereprimată a activității pulsionale); tulburări în relațiile obiectuale, în special cu părinții care constituie principalul obiect al investițiilor afective (revolta adolescentului împotriva acestuia, lupta pentru dobîndirea independenței); modificări privind idealurile și relațiile sociale (înlocuirea modelului ideal, părintesc, cu altul străin — uneori o persoană de aceeași vîrstă cu părinții, dar pe care o consideră infailibilă, sau, mai frecvent, aproximativ de aceeași vîrstă cu el (A. Freud, 1973, p. 29—35).

Sistemul educațional în ansamblu, bazat în special pe interdicții și numeroase tabuuri (impuse de familie, școală, societate), are un caracter frustrant, generator de conflicte între dorințe și apărarea de acestea, între diverse sisteme sau instanțe psihice, între pulsiuni antagonice, între pulsiuni și interdicții morale ale supraeului, între pulsiuni și realitatea ce oferă condiții adesea defavorabile satisfacerii lor. Aceste mecanisme reprezintă un factor important de menținere a echilibrului atît la nivelul organismului, cît și între organism și mediu.

Natura esențialmente echilibratoare a activității defensive a eului intră însă în contradicție cu tendința fundamentală evolutivă a oricărei perioade de dezvoltare, tendință ce s-ar putea traduce printr-o dezechilibrare în vederea unei reechilibrări ulterioare, la un nivel superior. Acest model sau mecanism general al dezvoltării, pus în evidență și studiat de psihologie, îndeosebi la nivelul proceselor cognitive, se dovedește viabil și în ceea ce privește dezvoltarea afectivității și a structurii personalității. Conflictul este constitutiv ființei umane, fiind o modalitate dialectică obligatorie de organizare a vieții (Ed. Pamfil, D. Ogodescu, 1974), dar sistemul interdicțiilor exagerate (din familie, școală, etc.) au ca efect comprimarea tendințelor, a pulsiunilor. El este de natură să pregătească descărcări explozive, ce pot dobîndi în unele cazuri caracter patologic, ducînd la întreruperea circuitului de natură să asigure dezvoltarea personalității sănătoase a adolescentului, care are loc printr-o neîntreruptă succesiune de dezadaptări și readaptări, de destructurări și restructurări ale schemelor adaptative anterioare, de dezintegrări firești ale structurilor psihice anterioare, putînd dobîndi o orientare pozitivă sau negativă, în sensul dezvoltării armonioase a unei personalități potențial creative sau al unei evoluții patologice (K. Dabrowski, 1972).

Anna Freud (1958) avea dreptate să considere ca normal comportamentul contradictoriu inconstant şi imprevizibil al unui adolescent care pendulează între manifestări extreme, comportament care la orice altă vîrstă ar fi considerat ca anormal (apud P. Sivadon, 1973, vol. I, p. 350). Aceste tulburări evolutive, tranzitorii în condiţii favorabile, constituie factori de risc crescut de îmbolnăvire psihică în cazul existenţei unor disfuncţii în sistemul relaţiilor familiale sau al unor dificultăţi adaptative la mediul şcolar.

Acţiunea de prezervare şi promovare a stării de sănătate psihică la adolescenţi trebuie să intervină în aceste momente critice, pentru a evita dezvoltarea patologică a conflictelor şi a favoriza descărcarea pozitivă a tensiunilor. Nu este o acţiune de loc simplă, implicînd participarea unei serii întregi de factori — din mediul familial, al relaţiilor cu colegii, îndeosebi cu cei de sex opus — şi cu profesorii, climatul şcolar, procesul instructiv-educativ, autoinstruirea şi autoeducaţia, fiecare dintre acestea putînd deveni surse generatoare de satisfacţii sau de eşecuri şi — prin patologizare — surse de tulburări adaptative, de diverse intensităţi. Din aceste motive, adolescenţii — elevi şi studenţi — în condiţiile unor demersuri educative inadecvate, constituie o categorie populaţională cu risc crescut de îmbolnăviri psihice, care necesită întreprinderea unor măsuri de psihoigienă şi psihoprofilaxie deosebite.

Activitatea în vederea prezervării şi promovării sănătăţii psihice a adolescenţilor are un caracter complex, solicitînd participarea — alături de medic şi psiholog — a familiei, şcolii, presei, radioului şi televiziunii. Pentru a obţine rezultatele scontate, această activitate trebuie înfăptuită întotdeauna cu competenţă, talent şi vocaţie. Educaţia psihoigienică a adolescenţilor trebuie să înceapă de fapt cu educaţia educatorilor, părinţi şi cadre didactice, care au şi sarcina dificilă de a participa la această operă de deosebită importanţă socială. Toţi cei implicaţi în procesul de educare psihoigienică a adolescenţilor (medici, psihologi, cadre didactice, părinţi) trebuie să aibă cunoştinţe aprofundate în domeniul psihologiei adolescenţei şi al măsurilor de psihoigienă specifice vîrstei, căci problemele de adaptare pe care le are de depăşit adolescentul nu pot fi înţelese decît pornind de la cunoaşterea aspectelor psihodinamice caracteristice acestei perioade de dezvoltare, iar fără această înţelegere nu este posibilă stabilirea comunicării şi influenţa educativă. Trebuie să recunoaştem că majoritatea educatorilor nu au de obicei decît cunoştinţe empirice despre psihologia adolescenţei şi acestea adesea distorsionate datorită timpului care s-a scurs de la propria adolescenţă şi schimbării concepţiilor. Cunoaşterea importanţei psihoigienice a relaţiilor dintre părinţi şi a celor dintre aceştia şi copii este absolut necesară, întrucît exercită o puternică influenţă asupra stării de sănătate psihică a copilului şi adolescentului. Şi psihologia afectivităţii — inclusiv educaţia sexuală — joacă un rol de prim ordin în formarea personalităţii adolescentului.

În condiţiile revoluţiei tehnico-ştiinţifice contemporane şi ale creşterii extraordinare a cantităţii de informaţie, măsurile de psihoigienă a muncii intelectuale, formarea deprinderilor de lucru cu cartea, de utilizare a surselor de informaţie, însuşirea ştiinţei de a învăţa şi gîndi creator, respectarea legilor psihologice ale învăţării şi gîndirii eficiente, dezvoltarea motivaţiei intrinsece, însuşirea tehnicilor de învăţare logică şi creativă şi a deprinderilor de gîndire ştiinţifică, pot duce la micşorarea ratei eşecurilor şi la promovarea stării de sănătate psihică, în special cînd aceste

măsuri sînt dublate şi de o judicioasă orientare şcolară şi profesională, bazată pe cunoaşterea aptitudinilor adolescentului.

Unele dintre aceste măsuri psihoigienice sînt valabile şi în cazul învăţămîntului universitar, deşi trecerea de la cel liceal la acesta implică noi dificultăţi şi eşecuri adaptative.

Apariţia unor tulburări psihice la adolescenţi în primii doi ani de studenţie este favorizată de prezenţa unor factori de risc interni legaţi de insuficienta maturizare a personalităţii (datorită nedepăşirii depline a adolescenţei şi neatingerii complete a maturităţii), precum şi de factori externi ce ţin de structurarea vieţii universitare, cum ar fi caracterul pasiv şi reproductiv al învăţămîntului tradiţional, distanţa mare între educatori şi studenţi, schimbarea de mediu cu desprinderea de familie, menţinerea dependenţei financiare prin prelungirea şcolarităţii, toate acestea determinînd adesea reacţii anormale faţă de examene şi inhibiţii condiţionate emoţional faţă de muncă şi studiu.

Tulburările psihice cele mai frecvente la studenţi sînt stările nevrotice, „minore" şi în special sindroamele asteno-nevrotice de suprasolicitare, provocate de dificultăţile de adaptare la viaţa studenţească, degreşelile de orientare academică, de stressul informaţional, de dificultăţile de studiu, asociate cu utilizarea unor tehnici de învăţare inadecvate, cu un ritm de lucru mai lent sau o capacitate mai scăzută de muncă intelectuală etc., precum şi de utilizarea unor metode de predare preponderent expozitive, cu caracter mai curînd informativ decît formativ — fapt care face ca învăţămîntul să nu contribuie la dezvoltarea gîndirii independente şi creatoare a studenţilor —, atribut specific al personalităţii multidimensional dezvoltate, implicat în realizarea revoluţiei ştiinţifico-tehnice contemporane, fără de care omul nu se poate dezvolta plenar şi nu poate dobîndi sentimentul de satisfacţie şi împlinire, care caracterizează starea de sănătate psihică.

Principalele probleme ale sănătăţii mintale la vîrsta adolescenţei sînt legate în esenţă de transformarea — cu ajutorul mijloacelor de care dispune psihopedagogia medico-socială — de convertirea în forţe energetice şi creatoare a tensiunilor psihonevrotice şi pseudopsihonevrotice specifice procesului de adaptare, de asimilare şi acomodare a adolescentului cu sine şi cu lumea înconjurătoare.

În acest sens considerăm că a dezvolta creativitatea înseamnă de fapt, în mare măsură, a prezerva şi promova, în mod implicit, sănătatea psihică a oamenilor, educaţia creativităţii ocupînd astfel un loc central în activitatea din domeniul psihoigienei şi psihoprofilaxiei.

2.3. *Probleme de psihoigienă şi psihoprofilaxie privind persoanele presenescente (45—65 de ani) şi senescente.* Climacteriul marchează — mai mult sau mai puţin net, în funcţie de unele particularităţi individuale şi diferenţe de sex — începutul procesului de involuţie, exprimat în unele dereglări ale mecanismelor homeostatice şi dificultăţi de reechilibrare adaptativă, traduse adesea — pe plan subiectiv — în senzaţia diminuării forţelor fizice şi psihice şi în sentimentul deprecierii sociale.

Procesul de deteriorare a unor funcţii fiziologice şi psihice începe cu mult mai devreme însă, în jurul vîrstei de 30 de ani, dar acest uşor declin apare, ceva mai puternic marcat, după 45 de ani, în rezultatele la testele de performanţă, şi începe să fie resimţit ca atare de către individ şi în activitatea sa obişnuită.

Deteriorarea funcţiilor, în procesul de involuţie specific presenescenţei şi senescenţei, are în sine un caracter normal, fiziologic, nepatologic — ea fiind rezultatul unui proces firesc de uzură şi de îmbătrînire progresivă.

Aceste deteriorări au însă un caracter *asincronic* — degradarea funcţiilor începînd să se producă în perioade diferite de timp — şi *diferenţial* — deficitul funcţional variind în raport cu anumite particularităţi individuale, genetice sau/şi dobîndite. Astfel, de exemplu, performanţele „subiecţilor mai bine dotaţi şi mai cultivaţi" (H. Ey et al., 1974, p. 902), ale celor mai antrenaţi într-un anumit domeniu de activitate şi mai pasionaţi de acesta, se deteriorează mai greu şi mai puţin vizibil, datorită nu atît deteriorării fiziologice (normale) mai moderate a capacităţilor, cît posibilităţilor compensatorii şi forţei motivaţionale, care constituie resortul activităţii şi chezăşia valorii rezultatului obţinut.

Involuţia funcţiilor — fiind un proces natural, normal — apare în mod ineluctabil — chiar dacă ceva mai devreme sau mai tîrziu şi în mod mai mult sau mai puţin pregnant de la un individ la altul — manifestîndu-se în starea fizică generală (prin creşterea fatigabilităţii, scăderea randamentului muncii, incidenţa unor boli somatice etc., în special după 45 de ani); în sensibilitatea senzorială şi reactivitatea *psihomotorie* (scăderea forţei şi supleţei motricităţii generale, după 30—35 de ani, diminuarea capacităţii de acomodare oculară şi a fineţei auzului, după 40—45 de ani), în debutul timpuriu al degradării treptate a funcţiilor intelectuale, care se accentuează în perioada presenescenţei şi, mai ales, a senescenţei; în alterarea (mai accentuată în cazul femeii) a funcţiilor de procreaţie etc. La femeie, sentimentul de îmbătrînire se instalează de obicei odată cu pierderea atributelor tinereţii — a vigorii, frumuseţii, farmecului, atracţiei erotice şi a capacităţii de procreaţie.

În aceste condiţii pot apărea o serie de tulburări psihice care sînt diferite, în funcţie de structura şi particularităţile personalităţii femeii. Simptomele nevrotice preexistente se exacerbează de obicei; apar stări anxioase, ipohondriace, tendinţe obsesiv-compulsive, manifestări de gelozie patologică mergînd adesea pînă la delir, sau depresii reactive de involuţie, care pot atinge uneori intensitatea unui episod depresiv major.

Aceste situaţii limită pot fi însă evitate, în cele mai multe cazuri, atunci cînd femeia, în perioada climacteriului, reuşeşte să-şi restructureze sistemul motivaţional, să întreprindă activităţi compensatorii, care să-i înlăture sentimentul devalorizării şi al inutilităţii, să-şi deplasezе investiţiile afective, să-şi asume roluri noi în familie şi societate, asigurîndu-şi astfel dobîndirea, sub noi forme, a prestigiului social şi a echilibrului său interior (J. Flament, în Sivadon, I, p. 387—388).

Dacă la femeie capacitatea de procreaţie se întrerupe odată cu menopauza (prin încetarea ovulaţiei), la bărbat procesul este mai îndelungat şi insinuant, conceptul de andropauză fiind total inadecvat, mai ales la această vîrstă, căci capacitatea hormonală de fecundaţie se menţine de obicei pînă la adînci bătrîneţe. În această perioadă (45—65 de ani) apar însă şi la el, mai devreme sau mai tîrziu, şi mai mult sau mai puţin marcate (diferenţele interindividuale în acest domeniu fiind considerabile) — unele manifestări la început mai discrete, iar apoi din ce în ce mai clar exprimate, ale procesului de involuţie: slăbirea pulsiunilor libidinale şi reducerea calităţii şi frecvenţei traducerii lor în act.

Insatisfacţiilor din acest domeniu, legate de perturbările funcţiei sexuale, se adaugă cele determinate de diminuarea energiei şi a capacităţii

de muncă, de dezacordul între expectaţii — modulate în funcţie de posibilităţile pe care individul şi le cunoştea din anii anteriori (30—40), care au constituit un summum al performanţelor sale — şi posibilităţile lui actuale, care se dovedesc a fi sensibil diminuate (reducerea potenţialului energetic, fizic şi psihic, scăderea plasticităţii şi mobilităţii nervoase şi, în consecinţă, apariţia unor dificultăţi în concentrarea, persistenţa şi distribuţia atenţiei, slăbirea capacităţii de a-şi însuşi cunoştinţe şi deprinderi noi, degradarea memoriei cifrelor şi a numelor etc.).

Tabloul simptomatologic al acestei vîrste critice — şi aşa destul de încărcat — este complicat şi mai mult de incidenţa extrem de ridicată, în această perioadă, a unor boli care aduc evidente prejudicii capacităţii de muncă şi calităţii vieţii: bolile cronice degenerative, bolile aparatului respirator — bronhopatiile, astmul, emfizemul pulmonar — şi cele cu sfîrşit letal — cancerul şi bolile cardiovasculare, în special. Gravitatea acestora din urmă este scoasă în evidenţă de datele statistice ale lui L. Dublin (1951, citate de Ch. Bühler, 1974, p. 294), după care bolile cardiace stau la baza a 50% din mortalitate, între 45 şi 64 de ani şi a 75% din mortalitate după 65 de ani. Or, toate acestea reprezintă factori puternic stressanţi, cu risc sever de îmbolnăvire psihică, potenţînd variaţiile în afara limitelor de toleranţă ale sistemului personalităţii şi putînd provoca astfel dereglări grave ale funcţiilor homeostatice şi homeodinamice.

În aceste condiţii este posibilă apariţia unor tulburări psihice de gravitate şi intensitate variabile: stări de anxietate şi de melancolie, iar uneori chiar manifestări de tip paranoid. Sindromul mai des întîlnit este cel depresiv, pe fondul căruia pot apare idei suicidare.

Datele statistice referitoare la frecvenţa pe grupe de vîrstă a sinuciderilor şi a tentativelor de suicid, chiar dacă nu sînt întru totul congruente, găsesc totuşi valori care variază în cadrul perioadelor critice (45 şi 65 de ani).

Senescenţa, sau vîrsta a treia, care începe după 65 de ani (adesea mult mai tîrziu) este „un fenomen biologic general care se manifestă la toate nivelurile de integrare ale organismului", neavînd în sine nimic patologic, dar ducînd, mai devreme sau mai tîrziu la senilitate, „stare ce (...) constituie o condiţie patologică" reprezentînd o „exagerare sau accelerare a proceselor normale de senescenţă" (H. Ey et al., 1974, p. 900), avînd la bază de obicei o deteriorare gravă a structurilor cerebrale şi o dereglare a sistemului personalităţii, care nu mai reuşeşte să se autoregleze, să-şi restabilească echilibrul homeostatic şi homeodinamic.

Dacă în perioada presenescenţei şi a senescenţei presenile predomină nevrozele şi psihozele de involuţie (tulburările de dispoziţie şi de caracter, depresiile nevrotice, melancolia de involuţie ş.a.), în perioada senilităţii în afara nevrozelor, stărilor maniaco-depresive şi a tulburărilor delirante de involuţie care nu sînt legate în mod evident de modificări anatomopatologice survenite în sistemul nervos central, pot apărea şi unele boli psihice mai grave (cu un potenţial invalidant mai mare) determinate de deteriorări cerebrale severe: 1) demenţele prin atrofie cerebrală primitivă (demenţele senile degenerative, demenţele atrofice ale presenilităţii) şi 2) demenţele arteriopatice.

Desigur că nu toţi oamenii ajung în aceste situaţii limită şi că există unii care, în aceste perioade critice (a presenescenţei şi a senescenţei), au o evoluţie ortogeră, parcurgîndu-le fără tulburări psihice importante sau cu tulburări tranzitorii, reuşind să înfrunte şi să înlăture stressurile şi tensiunile ce apar în mod firesc în decursul involuţiei. Capacitatea de a

depăşi situaţiile critice este condiţionată de mai mulţi factori endo- şi exogeni : a) starea generală a sănătăţii individului ; b) severitatea stressurilor la care este supus ; c) modalităţile şi mijloacele pe care le foloseşte în confruntarea cu tensiunile specifice vîrstei ; d) gradul de sănătate psihică cu care înfruntă stressurile ; e) trăsăturile de personalitate dezvoltate şi consolidate în experienţa anterioară a individului.

Procesul ortoger nu se produce însă întotdeauna în mod spontan. Sarcina principală a psihoigienei şi psihoprofilaxiei este tocmai de a ajuta — prin mijloace educative şi psihoterapeutice — apariţia acestui proces şi a preveni distorsiunile.

Metodele educative şi cele psihoterapeutice cărora li se pot adăuga cele „autoeducative" şi „autopsihoterapeutice" — metodele de „autodirijare a comportamentului, de automodificare prin reglaj personal", cum le numesc D. L. Watson şi R. G. Tharp (1972), au ca scop — în activităţile cu caracter psihoigienic şi psihoterapeutic la persoanele presenescente şi senescente, ca şi la persoanele de alte vîrste — să amelioreze imaginea de sine şi controlul comportamentului lor. Dintre mijloacele folosite în acest scop, o importanţă deosebită au : a) efectuarea unei munci utile care să-i aducă satisfacţii, să-i dezvolte încrederea şi respectul pentru el însuşi, corectîndu-i imaginea despre sine şi lumea înconjurătoare, dezvoltîndu-i capacităţile critice cu privire la propriul comportament şi obişnuindu-l să înţeleagă şi să accepte cu mai multă seninătate noua sa condiţie existenţială ; b) integrarea socială pentru a-şi putea satisface tendinţele sociotrope şi nevoia de afecţiune şi stimă din partea semenilor ; c) autocunoaşterea : perceperea justă a propriilor posibilităţi şi reglarea activităţilor adaptative şi de altă natură, în funcţie de acestea ; conştientizarea stărilor afective, a punctelor sale slabe, a eventualelor lui anomalii comportamentale şi a împrejurărilor care facilitează apariţia acestora — conştientizarea contribuind la mai buna cunoaştere, controlul şi corectarea lor (micşorarea reactivităţii afective şi comportamentale, în raport cu normele sociale, găsirea unor supape de descărcare a tensiunilor psihice decurgînd din conflictualitatea crescută a acestor perioade critice, educarea unor atitudini mai tolerante etc.).

Utilizarea acestor metode face apel, în cea mai mare măsură, la două funcţii psihice (interdependente, dealtfel, în oarecare măsură) care sînt esenţiale pentru evoluţia ortogeră (spontană, sau indusă cu mijloace psihopedagogice sau psihoterapeutice) ; prima este *flexibilitatea adaptativă* — capacitatea de *decentrare* şi *recentrare*, care asigură *comutarea* de la o preocupare la alta şi *restructurarea* activităţii în raport cu posibilităţile actuale, iar a doua, *toleranţa la frustrare şi stress*, care poate contribui la extinderea marginii de variaţie normală a sistemului, la creşterea flexibilităţii acestuia şi a capacităţii sale de autoreglare homeodinamică. „Flexibilitatea psihică, iar uneori şi cea fizică, îi distinge pe cei care, la vîrste înaintate, rămîn capabili de înaltă productivitate" (Ch. Bühler, 1974, p. 298). Cazuri de longevitate creatoare sînt numeroase printre scriitori, compozitori, artişti plastici, oameni de ştiinţă etc. Unii dintre aceştia şi-au realizat o parte a operelor lor cele mai importante la o vîrstă înaintată. Vom aminti aici doar pe cîţiva. Astfel, Cervantes a terminat şi a publicat partea a doua a capodoperei *Don Quijotte* la 69 de ani, Haydn a scris compoziţiile „Creaţiunea" la 66 de ani şi „Anotimpurile" la 69, Wagner a terminat opera „Parsifal" tot la 69 de ani, Michelangelo a realizat cea mai mare parte a operelor sale între 59 şi 89 de ani, Kant a publicat

lucrările sale fundamentale între 57 şi 73 de ani (productivitatea maximă înregistrîndu-se după 60, mai exact, între 62 şi 73 de ani), Tintoretto a pictat celebrul tablou „Ultima cină" între 73 şi 76 de ani, iar Tiţian „Cununa de spini" la 86; Verdi a scris opera „Falstaff" între 74 şi 80 de ani, iar Goethe a terminat *Faust — II* la 82 de ani; dintre români Sadoveanu a publicat romanul *Nicoară Potcoavă* la 74 de ani; V. Voiculescu şi-a scris *Povestirile* între 63 şi 74 de ani, iar *Ultimele sonete*... între 70 şi 74; Arghezi a creat cea mai mare parte a operei sale poetice între 74 şi 89 de ani; C. Noica a publicat cele mai importante dintre lucrările sale filozofice după 60 de ani, culminînd cu *Devenirea întru fiinţă* publicată la 73 de ani; Parhon a adus contribuţii importante în domeniul endocrinologiei şi al gerontologiei, între 60 şi 80 de ani, iar Onicescu în domeniul probabilităţilor şi mecanicii, între 60 şi 90; Iorgu Iordan a publicat ultimul volum al *Memoriilor* la 91 de ani şi *Onomastica românească* la 94.

Astfel de cazuri individuale de longevitate creatoare deosebită — ca dealtfel şi cele de mare longevitate biologică — deşi relativ numeroase, constituie fenomene de excepţie, frecvenţa maximă a realizărilor creatoare plasîndu-se statistic, nu după 60—65 de ani, ci între 30 şi 40, cu o variaţie de ± 5 ani, în funcţie de specificul domeniului de activitate.

3. Psihoigiena şi psihoprofilaxia dificultăţilor adaptative, în alte situaţii existenţiale

În paginile anterioare am consemnat unele probleme ce privesc psihoigiena şi psihoprofilaxia vîrstelor critice: copilărie, pubertate, adolescenţă, presenescenţă şi senescenţă. De aici nu se poate trage desigur concluzia că perioada dintre 25 şi 45 de ani, de care nu ne-am ocupat, este lipsită de situaţii conflictuale, de stressuri şi tensiuni psihologice.

Chiar dacă la această vîrstă (exceptînd personalităţile cu trăsături accentuate, psihopaţii, sociopaţii şi bolnavii psihici cu boală instalată în copilărie, la pubertate sau în adolescenţă) este vorba în general de o relativă stabilitate psihică, neperturbată de factori evolutivi (procesul de creştere şi dezvoltare abia încheindu-se, iar cel de involuţie abia începînd insidios, asincronic şi diferenţial), solicitările conflictuale şi dificultăţile adaptative nu lipsesc. Acestea sînt legate în special de intrarea în viaţa de familie şi în cea profesională.

3.1. Una dintre condiţiile esenţiale ale sănătăţii cuplului familial este alegerea judicioasă a partenerului.

Lipsa de experienţă a tinerilor, slaba lor pregătire pentru cunoaşterea semenilor, injoncţiunea pulsiunilor erotice, care face şi mai dificilă cunoaşterea obiectivă a partenerului, insuficienta sau greşita autoînţelegere — sînt principalii factori care determină de obicei alegerile inadecvate. De aceea, una dintre sarcinile centrale din domeniul psihoigienei în şcoli, universităţi şi organizaţiile de tineret este aceea de a contribui la mai buna cunoaştere de sine şi a semenilor.

Alegerea partenerului de viaţă implică însă şi unele capcane şi dificultăţi insurmontabile fără sprijinul calificat al psihologului sau psihiatrului, specializaţi în consilierea matrimonială sau în psihoterapie. Din aceste motive, în numeroase ţări ale lumii, se face apel în mod curent la oficiile acestora, în vederea rezolvării problemelor legate de întemeierea şi de bunul mers al familiei. Dispunînd de experienţa, de cunoştinţele şi

metodele necesare, consilierul sau psihoterapeutul vor putea să obţină datele necesare cu privire la structura şi dinamica personalităţii celor doi şi să descopere motivaţiile implicite ale alegerii lor reciproce. Ei pot depista eventualele alegeri imature, nevrotice sau psihopatologice cu motivaţie mai profundă, inconştientă (identificări greşite cu părintele de sex opus sau complexe Oedip/Electra nerezolvate) — care constituie contraindicaţii majore pentru realizarea cuplului familial şi impun instituirea unei terapii adecvate.

Chiar şi în cazurile în care cuplul conjugal nu este subminat de tensiuni psihopatologice manifeste, viaţa lui este de obicei alcătuită dintr-o lungă serie de confruntări între trăsături diferite de temperament sau de stil existenţial, de tatonări, de adaptări, dezadaptări şi readaptări la nivelul atitudinilor, deprinderilor şi trebuinţelor celor două personalităţi. Menţinerea echilibrului acestor tendinţe şi trebuinţe diverse — diferite adeseori atît ca natură, cît şi ca intensitate — solicită eforturi considerabile (nu întotdeauna încununate de succes) — atît în faza stabilirii interrelaţiilor afective, cît şi în cea a adaptărilor psihosexuale (cînd au loc puternice dezinvestiţii faţă de lumea înconjurătoare), dar mai ales în faza următoare, profund frustrantă de obicei pentru partener, a reinvestiţiilor faţă de profesie, faţă de vechii prieteni, faţă de primul copil etc. (Luminet, in P. Sivadon, 1973, I, p. 380—381).

Situaţiile de criză, dereglările homeodinamiei sistemului familial, generatoare de anxietate şi de agresivitate, sînt dăunătoare însă nu numai pentru sănătatea cuplului, ci — după cum am arătat (2.1) — şi pentru sănătatea psihică a copilului. Or, aceasta constituie un motiv în plus pentru intensificarea eforturilor în domeniul psihoigienei şi psihoprofilaxiei disfuncţiilor sistemului familial.

Prevenirea apariţiei şi dezvoltării stărilor conflictuale şi reducerea tensiunilor psihice şi anxietăţilor patogene pot fi realizate prin ajustarea reciprocă a unor trăsături de personalitate, a unor deprinderi şi obişnuinţe din perioada de celibat, prin acordarea trebuinţelor şi cultivarea unor noi preocupări şi interese comune, prin potenţarea afinităţilor şi atenuarea divergenţelor, prin găsirea unor soluţii reciproc compensatorii, prin stabilirea unor atitudini convergente ale părinţilor în raporturile lor cu copiii etc. Iar atunci cînd echilibrul sistemului familial este mai profund afectat, trebuie instituite măsuri care să urmărească înlăturarea stărilor conflictuale, să uşureze suferinţele şi tulburările afective, sprijinind forţele sanogenetice ale cuplului familial. Acest lucru este posibil — după N. W. Ackerman (în Arieti, 1970, III, p. 1721) — prin „1) rezolvarea conflictelor şi angoaselor patogene dinlăuntrul matricei relaţiilor interpersonale, 2) ridicarea nivelului de satisfacţie reciprocă a trebuinţelor afective, 3) întărirea imunităţii familiei faţă de tulburările care pot fi critice pentru ea, 4) sporirea armoniei şi echilibrului funcţiilor din cadrul familiei, 5) dezvoltarea rezistenţei fiecărui membru faţă de forţele nocive existente fie în el însuşi, fie în ambianţa familială, 6) orientarea sanogenetică şi developmentală a identităţii şi a valorilor familiale".

3.2. Dezvoltarea industrială modernă a dus la o reducere simţitoare a efortului fizic uman, dar şi la o sporire considerabilă a solicitărilor psihice. Consecinţa a fost — după numeroşi autori (vezi Amiel, în P. Sivadon, 1973, III, p. 37) — „creşterea morbidităţii nevrotice şi a tulburărilor adaptative, care au atins o frecvenţă alarmantă, afectînd 30—40% dintre

muncitorii din industrie". Este vorba de un pericol care trebuie și poate să fie prevenit — după opinia autorului citat — datorită faptului că plasticitatea funcțiilor adaptative umane este practic aproape nelimitată, problema constînd doar în găsirea mijloacelor celor mai adecvate de utilizare a acestor potențialități.

Factorii care pot provoca dereglarea mecanismelor de adaptare la condițiile de muncă sînt numeroși și ei pot fi împărțiți în mai multe categorii :

a) factori potențial patogeni, legați de condițiile fizice de muncă : monotonia și repetitivitatea operațiilor, fragmentarea extremă a sarcinilor, care duce la pierderea sensului muncii, la diminuarea motivației și la dezumanizarea muncii prin mecanizare excesivă, la apariția unor sentimente de nemulțumire, de insecuritate și de alienare (de ex., munca la banda rulantă); suprasolicitarea atenției (în special a persistenței și distributivității acesteia, de ex. în munca operatorilor de la panourile de comandă) ca și anxietatea provocată de răspunderea implicată într-o astfel de muncă, în care neobservarea la timp a unui semnal sau apăsarea greșită pe un buton de comandă poate duce la provocarea unor imense pagube materiale;

b) factori fiziologici : starea precară a sănătății (somatice), calitatea proastă a somnului, gradul scăzut de antrenament pentru munca respectivă etc. ;

c) factori psihici : motivația insuficientă sau chiar dezinteresul pentru această muncă, determinat în multe cazuri de greșeli de orientare profesională sau de discrepanța între expectație și realitate ; un factor dezadaptativ deosebit de important este nesatisfacerea aspirațiilor individuale, care nu pot fi reduse la trebuințele primare (salariu, hrană, îmbrăcăminte etc.) și cuprinde și alte trebuințe, la fel de însemnate, cum sînt cele de securitate, de afecțiune, de respect pentru competența și valoarea sa umană, sau de autorealizare (Maslow, 1973, p. 274 și urm.) etc. ;

d) factorii psihosociali potențial dezadaptativi : relațiile proaste din colectivul de muncă, gradul scăzut de cooperare dintre membrii acestuia și tensiunile ierarhice (stilul de conducere autoritar avînd efectele cele mai defavorabile în activitatea profesională); condițiile generale de viață (condițiile de locuit, relațiile familiale, distanța de locul de muncă, navetismul, cumulul de activități — profesionale, casnice, educative — ale femeii etc.) pot constitui singure, sau prin sumare cu alți factori, cauze declanșatoare ale unor tulburări psihice.

Psihoigiena și psihoprofilaxia primară acționează împotriva influenței negative a acestor factori asupra echilibrului dinamic al sistemului psihic uman printr-o serie de măsuri menite să prevină *dificultățile adaptative la integrarea în muncă* a tinerilor (prin sporirea calității stagiilor de practică în producție ale elevilor și studenților și evitarea greșelilor în alegerea profesiunii ; prin inculcarea unor atitudini pozitive față de muncă în genere, și a unor motivații superioare pentru îndeletnicirea aleasă) precum și *dezadaptările care pot surveni pe parcursul exercitării profesiunii*, prin :

a) folosirea unor mijloace ergonomice, care să ducă la : reducerea condițiilor stressante ale muncii ; adaptarea condițiilor de muncă (mediu, echipament tehnic, flux informațional etc.) la capacitățile umane ; adaptarea sarcinilor de muncă la potențialul biologic și la trebuințele psihologice ale omului ;

b) utilizarea unor tehnici psihosociologice hărăzite să contribuie la ameliorarea climatului din colectivele de muncă ; alcătuirea acestora după

criterii ştiinţifice, psihosociologice, privind compoziţia şi mărimea lor, competenţa, prestigiul şi stilul de lucru al conducătorului, structura reţelei de comunicare (adecvată sarcinilor) etc. (cf. Bejat, 1981, p. 29—34); ameliorarea relaţiilor interpersonale din cadrul colectivului, detensionarea lor prin: sporirea gradului de cooperare; focalizarea intereselor şi educarea unor motivaţii mai profunde ale membrilor grupului în raport cu sarcinile de îndeplinit; utilizarea complementară a competenţelor individuale şi satisfacerea nevoilor de stimă, securitate, autorealizare şi satisfacţie personală; îmbunătăţirea stilului de conducere al coordonatorului colectivului (stilul de conducere democratic fiind mai productiv şi mai favorabil desfăşurării sanogenetice a activităţii, contribuind la reducerea tensiunilor ierarhice);

c) aplicarea unor *metode psihopedagogice* (de educaţie şi consiliere a individului) în vederea creşterii flexibilităţii adaptative, a capacităţii de comutare a activităţii, a toleranţei la stress şi frustrare; a dezvoltării unei motivaţii puternice şi a unei atitudini creative faţă de munca pe care o îndeplineşte omul şi a canalizării tensiunilor psihice spre scopuri energetice şi creatoare — toate acestea avînd importante funcţii sanogenetice.

Bibliografie

Ackerman, N. W., *Psicoterapia della famiglia*, în : S. Arieti (ed.), *Manuale di psichiatria*, Torino, Boringhieri, vol. III, 1970.

Amiel, R., *La psychopathologie du travail*, în : P. Sivadon (red.), *Traité de psychologie médicale*, Paris, P.U.F., 1973.

Bejat, M., *Factori individuali şi psihosociali ai creativităţii*, în : M. Bejat (coord.), *Creativitatea în ştiinţă, tehnică şi învăţămînt*, Bucureşti, Edit. did. şi pedag., 1981, p. 5—36.

Bühler, Ch., *La psicologia nella vita del nostro tempo*, Milano, Garzanti, 1974.

Dabrowski, K., *La psychonévrose n'est pas une maladie*, Québec, Ed. Saint-Yves, 1972.

English, H. B., English, A. C., *Mental Hygiene*, în : *A Comprehensive Dictionary of Psychological and Psychoanalitical Terms* (by H. B. English, A. C. English), Longsman, London, 1958.

Ey H., Bernard P., Brisset, Ch., *Manuel de psychiatrie*, 4-e éd., Paris, Masson, 1974.

Freud, A., *L'adolescenza come disturbo evolutio*, în : *Problemi psicosociali dell'adolescenza* (a cura di G. Caplan, S. Lebovici), Torino, Boringhieri, 1973, p. 29—35.

Hurlock, E. B., *Personality Development*, New York, McGraw-Hill, 1974.

Ionescu, G., Bejat, M., *Forme de prevenire a inadaptării şi de realizare a sănătăţii mintale*, în : B. Zörgö (coord.), *Probleme fundamentale ale psihologiei*, Edit. Academiei, 1980, p. 325—331.

Maslow, A. H., *Motivazione e personalità*, Roma, Armando, 1973.

Mucchielli, A. et R., *Hygiène mentale*, în : *Lexique de la psychologie* (par A. et R. Mucchielli), E.M.E.—E.S.F., Paris, 1969.

Pamfil, Ed., Ogodescu, D., *Nevrozele*, Timişoara, Edit. Facla, 1974.

Piéron, H., *Hygiène mentale* în : H. Piéron (red.), *Vocabulaire de la psychologie*, Paris, P.U.F., 1973.

Porot, A., *Hygiène mentale*, în : A. Porot (red.), *Manuel alphabétigue de psychiatrie*, Paris, P.U.F. 1969.

Sivadon, P. (red.), *Traité de psychologie médicale*, vol. I—III, Paris, P.U.F., 1973.

Watson, D. L., Tharp, R. G., *Self-directed Behavior : Self Modification for Personal Adjustment*, Belmont (Calif.) Wardsworth, 1972.

ANDRIEŞ C. LUCIAN
Nr 2564
Biblioteca Personală

Psihologie clinică *(Clinical Psychology)* București, Editura Academiei, 1985, p. 352

CONTENTS

Preface 11

CHAPTER I. **The objective and tasks of clinical psychology** *(G. Ionescu)* 15

1. The etymological sources and acceptioon of clinical psychology . 15
2. Clinical psychology : a controversial notion including a generally accepted reality 17
3. Notions of "clinical" psychology and "medical" psychology between semantic rigor and operational utilization 18
4. Specification of the sphere and content of clinical psychology . . 21
5. On the history and orientations of clinical psychology 22
6. Connections and convergencies between clinical psychology and psychiatry 26
7. Interferences and relationships between clinical psychology and psychopathology 30
8. Relationship between clinical psychology and social psychology . 32
9. The problems of clinical psychology in a psychopedagogical perspective 34
10. Ethical education and clinical psychology 37

Bibliography 39

CHAPTER II. **The psychological condition in clinical medicine** *(G. Ionescu)* . . . 41

1. The traditional character of the relationship between psychology and clinical medicine as illustrated by the somatopsychical unity 41
2. The contribution of personology to the clinical implication of psychology 44
3. Interprofessional relationship in the principal psychomedical domains 46
4. The status of the psychologist in the clinic and therapeutical team 49
5. The specific problems of the psychologist in the clinic 50
6. The psychologist as psychometrician 51
7. The psychologist as diagnostician 55
8. The psychologist as psychotherapist 56
9. The psychologist as researcher 58
10. Trends in the development of clinical psychology in some European and American countries 59

Bibliography 67

CHAPTER III. **Clinical psychology and the human person** *(V. Pavelcu, L. Gavriliu)* . 69

1. The clinico-medical source of personality theories 70
2. Analysis of psychiatric cases as a mean of describing personality types 74

3. Morphologic, physiologic and psychologic aspects, elements and criteria in the edification of personality theories and typologies . 78
4. The human person viewed from the angle of psychical destruction and disorganization 81

Bibliography 82

CHAPTER IV. **Family psychology. Family normality and psychopathology** *(Aurelia Ionescu)* 84

1. The family as a domain of clinical investigation 84
2. The family as a system. Contribution of the general systems theory to the edification of family psychology 87
3. Family homeostasis — a parameter of family normality and mental health genesis 90
4. Individual-family interaction in systemic perspective 91
5. The family as a microgroup 92
6. Relationships of role in the family — a parameter of family normality 95
7. Parental relationships and family psychopathology 96

Bibliography 99

HAPTER V. **Investigation methods in clinical psychology** *(H. Bejat, M. Bejat)* . . 100

1. Objectives and strategies of clinical psychodiagnosis 100
2. Investigation methods of the psychic functions and aptitudes . . 102
3. Investigation methods of personality 104
4. Psychodiagnosis problems dependent on the clinical application domain 112

Bibliography 114

CHAPTER VI. **The psychologic content of clinical diagnosis** *(G. Ionescu)* 117

1. Clinical epistemology and diagnostic validity 117
2. Medical diagnosis and aetiologic supposition 118
3. Medical diagnosis and pathogenetic paradigms 119
4. Medical diagnosis and socio-cultural consensus 120
5. The epistemic character of examination and the axiom of diagnosing 121
6. A premise in diagnosing: the aptitude to listen 123
7. The emergency of diagnosis elucidation and orientation of anamnestic relations 124
8. Modelling and standardization of relationing with a view to diagnosing 127
9. A desideratum of clinical diagnosing: the opportunity of the therapeutic intervention 130
10. Diagnostic axiology, a clinical reality and ethical exigency . . . 132
11. Diagnosis as a process of personalizing the disease and annuling the patient's personality 134
12. Pluridimensional diagnosis — an attempt to include the pathology of man in his totality 136

Bibliography 137

CHAPTER VII. **The role of the psychologist in establishing occupational ability** *(Elisabeta Chirtoc)* 139

1. Establishing the degree of functional disability and psychical invalidity 139
2. Psychical states and processes with an invalidating potential . . 141
3. Recovery measures and possibilities of patients with incomplete remission or a psychical defect 146

Bibliography 148

CHAPTER VIII. **Time and disease. The problematique of thime in psychomedical perspective** *(G. Ionescu)* 149

1. Dialectic unity of time and space: psychopathological arguments 149
2. Biochronometric dialectic unity 150
3. Development of the notion of time and awareness of time . . . 152
4. Biochronometry and heterochronia 155
5. Biochronometry and hypnology 159
6. The time of events and subjective awareness of durations . . . 162
7. Biochronometry and nosography 164
8. Dysmnesia and chronopathology 166
9. Chronopathologic aspects in the principal psychical diseases . . 167

Bibliography 173

CHAPTER IX. **Clinical differencial psychology** 175

A. **Exogeny and endogeny in clinical psychopathology** *(T. Rudică)* . . 175

1. The importance of psychostressing and frustrating factors in the aetiology and pathogenesis of psychical disturbances 175
2. Plurifactorial aetiology in mental pathology 176
3. Interconditioning of the phenomena of frustration, conflict and stress in pathogenesis 177

Bibliography 179

B. **Psychology of the patient with sensoriomotor disturbances of central origin** *(I. Voinescu)* 180

1. Agnosia from a neuropsychological angle 180
2. Apraxia from a neuropsychological angle 182
3. Aphasia from a neuropsychological angle 183

Bibliography 188

C. **Mental deficiencies from the angle of clinical psychology and psychiatric nosography** *(G. Ionescu)* 188

1. The evolution of concepts on mental deficiencies 188
2. The evolution of notional synonyms and acceptance of mental deficiencies 190
3. Difficulties in the diagnosis and estimation of morbidity by mental deficiencies 192
4. Mental deficiencies and the data of genetic psychology 194
5. The pathogenesis of mental deficiencies from the angle of genetic psychology 195
6. Psychometric evaluation possibilities and psychical deficiencies . 197
7. Psychopathologic manifestations and behavioural disturbances in connection with the degree of mental deficiency 198
8. Cognitive insufficiency concomitant with and consecutive to sensory-neuro-motor deficiencies 205
9. Mental deficiencies in connection with psychical diseases and behavioural manifestations 206
10. Mental deficiency and delinquency 211

Bibliography 212

D. **Senile involution from the angle of clinical psychology** *(C. Bălăceanu)* 214

1. General principles of clinico-psychological methodology . . . 215
2. Genetic mechanisms of psychical involution 217

3. Organic processes of psychical involution 217
4. Operational processes of psychical involution 219
5. Pathologic processes of psychical involution 221
6. Psychotherapeutic aspects in the psychical disturbances of senescence 222

Bibliography 223

CHAPTER X. **Psychology and the science of suicide** *(G. Ionescu)* 224

1. General actual problematique of the suicide phenomenon . . . 224
2. The significance and nature of the suicide phenomenon 225
3. On the incidence and prevalence of the suicide phenomenon . . . 227
4. Aetiologic suppositions on suicide 229
5. Pathogenetic assertions on autolytic manifestations 236
6. The characteristics of suicide in terms of age 237
7. On the evolution of the means of commiting suicide 238
8. Psychologic problematique of the homicide phenomenon 239
9. Sociocultural attitude to suicide 242
10. Aspects of professional and juridical responsibility with regard to autolytic actions 245
11. Prophylactic measures and therapeutical programmes in autolytic manifestations 246

Bibliography 249

CHAPTER XI. **Psychology of the therapeutic act** *(G. Ionescu)* 251

1. Psychologic problematique and evolution of the placebo phenomenon in clinical medicine 251
2. Therapeutic value of the placebo effect 255
3. Psychologic factors of the placebo phenomenon 258
4. On the pathogenetic mechanisms of the placebo 262
5. Unspecific factors of psychopharmacologic agents 263
6. The problems of therapeutical relations under clinical psychopharmacologic conditions 265
7. On the compulsion of psychopharmacological prescription and the imperative of clinical knowledge 266
8. Therapeutical relationships and transferential problematique . 267

Bibliography 270

CHAPTER XII. **The principal psychotherapeutical methods in the domain of clinical psychopathology** 271

A. **Psychoanalytical psychotherapy** *(E. Papadima)* 271

1. Basic theoretical principles 271
2. Therapeutical method 273
3. The therapeutical indications of psychoanalysis 276

Bibliography 277

B. **Family psychotherapy** *(Aurelia Ionescu)* 277

1. Family psychotherapy within the context of traditional psychotherapies 277
2. Approach to the psychical disease in the perpective of family psychotherapy 278
3. The application of family psychotherapy in the clinic 281
4. Combining family psychotherapy and psychopharmacology . . 285

Bibliography 287

C. **Psychological counseling** *(M. Bejat)* 288

1. Evolution and differentiation of the psychological counseling concept 288
2. Psychological counseling in the context of psychotherapies (similarities and dissimilarities; therapeutical indications) 292

Bibliography 296

CHAPTER XIII. **Sociotherapy and work therapy** *(Tamara Dobrin, Paula Constantinescu)* 297

1. Sociotherapies with in the system of therapeutical actions . . . 297
2. The methodology of sociotherapy 299
3. The objectives and aims of sociotherapy 300
4. Family sociotherapy 301
5. Sociotherapy-work therapy unity 303
6. The requirements and principles of work therapy measures . . . 305

Bibliography 307

CHAPTER XIV. **Psychotherapy under psychopharmacologic conditions** *(G. Ionescu)* . 308

1. Origins of the opposition between psychopharmacology and psychotherapy 309
2. Narcissistic investition and pharmacodynamic reality 310
3. Psychopharmacologic science and psychoanalytical psychotherapy. 311
4. Group psychotherapy and psychopharmacology 315
5. Psychopharmacology and modern psychotherapeutical methods . 316
6. Extending the indications of psychotherapy by the intermediary of psychopharmacology 317
7. The actual general trends of psychiatric therapy : the association of psychopharmacologic and psychotherapeutic means 318
8. On the concrete means of associating psychopharmacology with psychotherapy 319
9. Psychopharmacology-psychotherapy relationship in psychical . 322
diseases 326
10. The influence of psychopharmacology and psychotherapy on the pathomorphosis of psychoses 328
11. The necessity of psychopharmacologic prescription and responsability of an exclusive psychotherapeutical orientation 329
12. Psychopharmacologic treatment and the sociotherapeutic context cycle 331
13. Pharmaco-psycho-sociotherapeutic convergence 333

Bibliography 335

CHAPTER XV. **Psychohygiene and psychoprophylaxis** *(M. Bejat)* 335

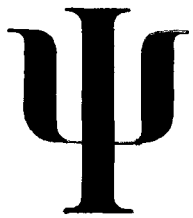
1. Psychohygiene and psychoprophylaxis — semantic delimitations 335
2. Psychohygiene and psychoprophylaxis in the critical periods of life cycle 336
3. The psychohygiene and the psychoprophylaxis of adaptive difficulties in other existential situations 343

Bibliography 346

Redactor: ARIADNA PROSSI
Tehnoredactor: IONEL TUDOR
Coperta de: EUGEN STOIAN

Bun de tipar 8 VIII 1985. Format 16/70 × 100.
Coli de tipar 22.
C.Z. pentru biblioteci mari { *616. 85 (∞) «19» (082)*
615. 85 (∞) «19» (082)
C.Z. pentru biblioteci mici 616. 89

c. 131 I. P. Informația
str. Brezoianu nr. 23—25,
București



Contemporană primului act terapeutic, psihologia clinică își află sorgintea științifică în cele trei domenii ale cunoașterii socio-umane: medicina, psihologia și sociologia.
Axată asupra fenomenului uman considerat din perspectiva situației și reacției insului față de boală și suferință, psihologia clinică s-a dezvoltat din practica medicală, fiind totodată destinată unor sarcini practice primordiale din cadrul profesiunii medicale.
Investită cu statutul interdisciplinarității, psihologia clinică ilustrează faptul nu numai că insul, persoana — aflată pe versantul normal sau patologic al existenței sale — este o entitate tridimensională, somato-psiho-socială, ci și problematica sănătății și a bolii este legată de cele trei domenii ale cunoașterii: medical, psihologic și social. Această viziune comprehensivă permite o mai bună înțelegere a omului confruntat cu boala, a trăirilor și expectațiilor sale, ca și a dimensiunii psihologice a medicinii cu disponibilitățile ei sanogenetice actuale.

Lei 39